

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10190 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TRADY FADOUA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 11 13 16 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Pr. TARMOUNI JEDDOUZ
DERMATOLOGIE
203 Bd. Zerktouni 1000
Casablanca*

Date de consultation : 23/06/2020

Nom et prénom du malade : 1me TRADY Fedoua Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Demabax

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/06/2020	Co		350.00	PI JARMOUNT DERMATOLOGIE 203, Bd. Zerktouni 1000 Tél: 05 22 36 43 77 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Corniche 319, Bd. MOULAY HASSAN Tél: 05 22 36 43 77 / 27	27/06/2020	160,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ دشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية والتالسلية

Hme TRADY Fedaa

Casablanca, le 23.01.2008 الدار البيضاء، في

Dermoval gel n°4

16 ₣ x 15 ₣

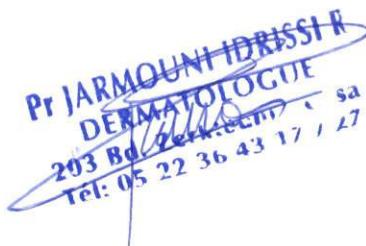
40,00

1 ₣ sur 2 x 15 ₣

4

sur le sur cheveu

16,00



Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax: 05 22 27 67 03
Tél: 05 22 36 43 17 / 27
Naoual

Sur Rendez-vous

203

بالموعد

203، شارع الزرقطوني اقامة بن حام الطالق الرابع - البيضاء - Casa

الهاتف : 05 22 36 43 68 - Fax : 05 22 36 43 17 / 27

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com