

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

Conditions 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0008788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 719 Société : RAM *12/11/18*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSALIME Ahmed

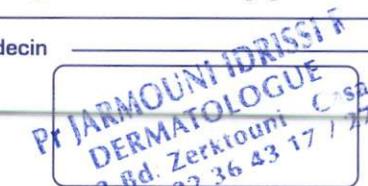
Date de naissance : 01.01.48

Adresse : 107 lot LINA Sidi Maourid CASA

Tél. : 06 11 90 69 35 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.07.2018

Nom et prénom du malade : ESSALIME Ahmed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : dermatose

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 27/07/2018

Signature de l'adhérent(e) : ESSALIME Ahmed



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
22.7.22	G		350,00	Pr. J. A. M. DERMATOLOGIST 203 Bd Zerkouuni 1539 Tél: 06 22 36 43 17 / 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie HAY BOUCHRA Dr. Nisrine BOUJEGGA SIDI BOUCHRA - Tel : 05 22 58 19 49	27/07/22	91,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

O.D.F.
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the upper teeth curving forward and the lower teeth curving backward.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ، رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التنسائية

Mr ESSAÏD Ahmed
Casablanca, le 27.7.22 الدار البيضاء، في

40,50

Effi cort 50 mg/ml



1 application/j x 0,5 ml

1 j sur 2 x 0,5 ml

LOT: 0073
EXP: FEB 2024
PPV: 40,50 DH

Ref: 19

51,00

Dexeryl

91,50

صيدلية حي بنتري
Pharmacie HAY BOUCHRA
Dr. Nouria BDEGGA
Boulevard Sidi Mâarouf
Casa - Tel : 05 22 58 19 49

رقم: G06147
FAB: 07/2021
صنع في: 07/2024
 صالح لغاية: UT. AV.: 51.00 dhs

Pr JARMOUNI IDRISI
DERMATOLOGUE
203 Bd Zerkouni - Casa
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموع

203، شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - 203

الفاكس : Tél. : 05 22 36 43 68 - Fax : 05 22 36 43 68

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