

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-722298

138318

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1266319

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADDAD Moncef

Date de naissance : 24/08/1986

Adresse : Résid Inane Californie, Imme Yousra 21, App 12
Casablanca

Tél. : 06.66.15.05.15

Total des frais engagés : # 551,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PI JAKMOUNI IDRIS KH
DERMATOLOGUE
25 Bd. Zerkouni Casablanca
22 Nov. 2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : est HADDAD Rim

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatex

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 22/11/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DR. FALAH YOUSSEF Pharmatech Inane California 05/2018 12-05-2018	11/11/2022	201.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ORF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Erg HADDAD Rim

Casablanca, le 11. 11. 22 الدار البيضاء، في

34.7°₁₂ SKINOSOLAR LOTION n° 2

(AS)

10g x 10g

1g mu 2 x 15g

(AS)

lesions de la cuir chevelu

89.00 Sedostenil

(AS)

20g

My corten solutioin n° 1

413.50

1 x 20g

201.90

PHARMACIE JIVANE CALIFORNIE
Dr. FALAH Youssef
0 Fcite Taddar Rés Lina
Jivane California Ain Chok
Tél: 05 22 87 11 12 - Casa
ICE: 001512678000029

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

Sur Rendez-vous

بالموعد

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

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

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

0676 909456

30g

LOT : 2142
UT. AV: 08 - 25
P. P.V: 34 DH 70

30g

LOT : 2142
UT. AV: 08 - 25
P. P.V: 34 DH 70

Blancanie®

43,50

21420734
08-25
34 DH 70