

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° W21-773621

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7222	Société :	(1938)
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SAAD
Nom & Prénom : A22TOUI			
Date de naissance : 14/05/1959			
Adresse : 29 Rue Bab Mansour Hay El Hara Casablanca			
Tél. :	066 122 64 16	Total des frais engagés :	382,53 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	Case , 04/05/23	Age:	16ans
Nom et prénom du malade : 11e Azzidui DINA			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dermatite			
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	Le :	04/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :			



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 Paiement des Actes
04.5.23	Gy.		3070	INP : DS/1018105356 PIJARMOUZI DERMATOLOGUE 203 80 77777 6252 05 22 36 43 7 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARAUCARIA Nicham TALI Pharm 42, Rue d'Ispahan II CIL Casablanca 05 22 26 10 00	04/05/23	2950

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	

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie

Puvatherapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M^{me} AZZAOUI Dina

Casablanca, le 04 - 5 - 23 الدار البيضاء، في

3250 Diprosone 10mg 2x4 ml 30g



2ml x 05

2ml x 10

2 ml x 10

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

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TALI Pharmaciens
42, Rue d'Ifrane (Hay Salam)
Casablanca
Tél: 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05



Sur Rendez-vous

بالموعد

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

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - الهاتف : GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com