

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL BOURG 125 Rue Sébastien Brant 68160 SAULXURES SUR SEILLE Tél. 03 88 68 76 54 Fax 03 88 68 77 44 E-mail : al.bourg@wanadoo.fr	10/03/23	286,63

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



Déclaration de Maladie

N° W21-730677

A 76818

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : **00358RCHID** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RCHID DRISS**

Date de naissance : **05/03/73**

Adresse : **4, Imb A55, RESIDENCE ANNAIM**

OLFA, CASA

Tél. : **0663253595** Total des frais engagés : **634,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **Case 203 Bd. Zerkoune 1005 22 36 43 11 05/03/23**

Nom et prénom du malade : **Dr Rchid Ahmed Taha** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **dermatose**

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 : **/ /**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-730677

634,60

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **Taha**

Nom de l'adhérent(e) : **C3350+PH284,60**

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التنسالية

Mr RCHID Ahmed Taha

Casablanca, le 12/9/23 الدار البيضاء، في

LOT: 01.22E017
P.B.: 11.11.2024

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G
P.P.V: 160H60

6 118000 010951

16,60 Locapred

20 x 05
10 x 10 mm

10 mm 2 x 15

ج5

mentes

40,50 x 2
Efficacit hydrope

LOT: 0084
EXP: DEC 2024
PPV: 40,50 DH

1870
mem jolies
des meur
creme reparation

LOT: 0084
EXP: DEC 2024
PPV: 40,50 DH

Pr JARMOUNI
DERMATOLOGIST
203 Bd. Zerkouni
Casablanca
Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37
Fax: 0522 86 04 67 - 1F: 40464164
R.C: 252331-1CE: 00144847700066
INP: 0920U435
HARMAICIEL BOUDOUR SARL
115, Rue Sibbla Qua des hospital
pharmacieboudourcasa@gmail.com

بالموع

Sur Rendez-vous

2 Mois

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

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

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com