

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAYAD YOUSSEF KAMAL

Date de naissance : 18/07/1961

Adresse : Quartier de Hapt Sbk et Javene

Tél. : 06 61 33 90 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : Dr. Elmi Samira 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 : Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/11/23 | 5 | | 3500 | PI JARMON DERMATOLOGIE 203 Bd. Zerkowski 36 43 17 127 tel: 05 22 36 43 17 127 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------------|-----------------------|
| PHARMACIE IBN NAFIS 28, Avenue du 2 Mars Hanca - Tél.: 05 22 27 31 69 | 13 / m / 23 | 105,50 € |

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

~~PHARMACIE IBN NARIS~~
~~28, Avenue du 2 Mars~~
~~Casablanca - Tel.: 05 22 27 31 69~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

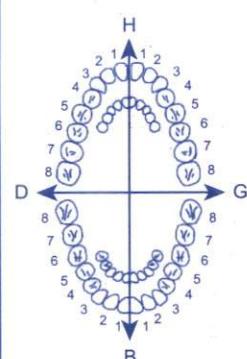
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

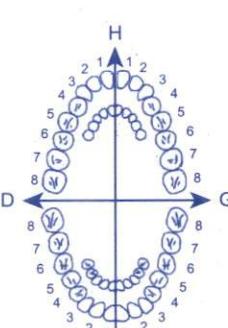
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|---|
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">DATE DE L'EXECUTION</div> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

جروني الإدريسي

عن الجلدية و التناستية

LOT : 0086

EKP : JAM 2025

PPV : 40,50 DH

Mme DLI Mi Samia

Casablanca, le 13.11.23 الدار البيضاء، في

40,50

* Elevate hydrophile n°

2 applications/jour

le soir x 10jou

le matin x 10jou

sur les lèvres du visage

et sur des doigts des mains

LCA. local éclatissant

2x/j sur le visage et
les murs à partir du
16th jour

Adenica 50 ml

Sur Rendez-vous

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - شارع الزركوني 203، برج بن حم - الطابق الرابع - الدار البيضاء - 10000

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

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com



PHARMACIE IBN NAFIS
28, Avenue du 2 Mars
Casablanca - Tel.: 05 22 27 31 69

Dr JARMOUNI IDRISI
DERMATOLOGIST
203، شارع الزركوني 203، برج بن حم - الطابق الرابع - الدار البيضاء - 10000
Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - GSM : 06 76 90 94 56
E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Cap d'osme lotos antichute

10 gélules en attente / x 2 mois

spis 1 j ne 2 x 2més

Pr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE

203 Bd Zerktouni Casablanca
Tél: 05 22 36 43 17 + 27

Demoral gel

10 gélules en attente

Pr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE

203 Bd Zerktouni Casablanca
Tél: 05 22 36 43 17 + 27

RV 2 mois