

## 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.

N° W19-422697

12687

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7342 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKI HASSAN

Date de naissance :

27/02/1968

Adresse :

JARHUEULE

Tél. :

0661915343

Total des frais engagés : 561,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

16 DEC. 2019  
PK JARMOUNI IDRISSE  
DERMATOLOGUE  
243 Bd. Zerkouni Casab  
tel 05 22 36 43 17  
150 11 0119

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

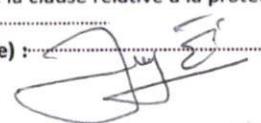
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 30/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-422697

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 : 7342

CHOUKI HASSAN

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 561,20

Date de dépôt :

## 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
30/10/19	g		35.00	INP : 09110893556
				Pr. JARMOUNT IDRISI R
				DERMATOLOGUE
				203 Bd. Zerkouni 1 sa Tél. 05 22 36 43 17 / 27

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>EL HOSSEINI NABIL</i>	<i>30.10.19</i>	<i>211,20</i>

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. Chouki Hassan  
Casablanca, le ٣٢ (٢٠) ١٩ الدار البيضاء، في

Exoderil crème  
002

100g / entre 20 et 30 j/an

Xenial 40

200g / sur l'oreille ardent

PEJARMOUNI IDRISSEUR  
DERMATOLOGUE  
103 Bd. Zeroual 22 36 43 17 17  
Tél: 05 22 36 43 17

EXODERIL CRÈME 1%  
Tube de 15 g  
Non remboursable AMO

6118000020585

EXODERIL CRÈME 1%  
Tube de 15 g  
Non remboursable AMO

6118000020585

## Sur Rendez-vous

بالمواعد

203، Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - شارع الزركوني أقامة بن حام الطابق الرابع - 203، Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء -

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

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