

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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

38858

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0009979**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4411 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

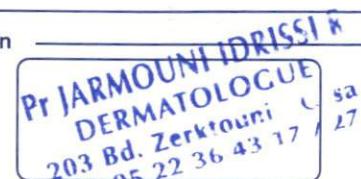
Nom & Prénom : BELKHAMAR Med Date de naissance : 31/12/60

Adresse : LOT EL WAFA N° H16 DEROUA

Tél. : 06 61 31 99 40 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/04/2020

Nom et prénom du malade : Yle BelKhamar chaimaa Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermatox

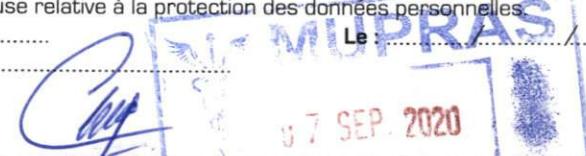
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) :



## 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                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/4/2021<br>05 | 63                |                       | 350 ₣                           | P. JARMOUNI HASSAN<br>DERMATOLOGIE<br>203 B.P. Zektouni<br>Tél: 05 22 36 43 77 / 27 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

|   |            |                                      |
|---|------------|--------------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | MONTANT de la Facture                |
|  | 23/07/2023 | Lot Al Manzana 316, INPE: 0620887878 |
|   |            | 316,00                               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

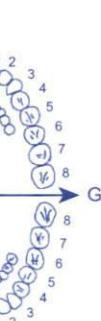
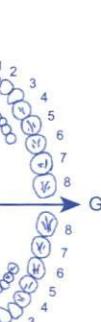
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins                             | Coefficient |  |
|--|---|--|-------------|--|
|   |   |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                      |
|  |   |  |             | MONTANTS DES SOINS                           |
|  |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION                            |
|  |   |  |             | FIN D'EXECUTION                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |             |  |
|  | H   | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | G           | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 |
|  | B   |  |             |  |
|  |   |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                      |
|  |   |  |             | MONTANTS DES SOINS                           |
|  |   |  |             | DATE DU DEVIS                                |
|  |   |  |             | DATE DE L'EXECUTION                          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R. IARMOUNI IDRISI

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

اختصاصي في الامراض الجلدية و التنسالية

P.P.V : 45DH20



MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



CREME T30G

P.P.V : 45DH20



gie - Laser - Puvathérapie

M<sup>10</sup> Bay KRAMA & cheveux

blanca, le

23/04/2020

الدار البيضاء، في

20 x 5 = 100,-

My coster cream

200 g x 1 mds  
sur les pieds

Xewly 50

100 g / sur le  
sous pieds

sous pieds

20 x 5 = 100,-

Afdermest

Mag - Bayutene

Pr. IARMOUNI IDRISI  
DERMATOLOGIST  
203 Bd. Zerkouni  
Tél: 05 22 36 43 17, 27

LOT:

22,70

PER:

PPV:

LOT:

22,70

PER:

PPV:

LOT:

22,70

PER:

PPV:

INPE: 06  
L: 27/04/2020  
H: 11/04/2020  
N: 203

F = 316,80

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - الرباط - المغرب

Tél.: 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