

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 rééducation.
- 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 canaux, 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 canaux.

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 : per@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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DECLARATION DE MALADIE

N° W19-442241

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12704 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TOUFALLA MOHAMED

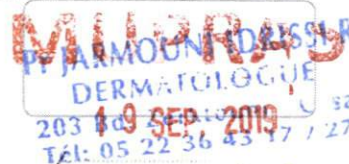
Date de naissance : 04/01/86

Adresse : 160 BD BOURGOGNE

Tél. : 0669909799 Total des frais engagés : 496,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

TOUFALLA MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

De malade

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
08/08/19	K15		450dhs	INF: 091080556

Dr JARMOULI HIRISSI R
DERMATOLOGUE
 203 Bd Zekrouni C 33
 9105 22 36 43 17 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Laboratoire
 Date
 Montant de la Facture

08/08/19
 46.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue
 Date
 Designation des Coefficients
 Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalicaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitees
 Nature des Soins
 Coefficient

INF: [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 01412
 00000000 000000
 00000000 000000
 00000000 000000
 B
 D G

[Creation, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الأستاذ رشيد الجرْمُونِي الإدريسي Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

M^r TOUFAÏA Mohamed

Casablanca, le 08.08.19 في الدار البيضاء.

16.10 Septica spray

22/



~~Pr JARMOUNI IDRISSE~~
~~DERMATOLOGISTE~~
203 Bd Zerktouni - 5a
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

~~PHARMACIE NICE~~
1 Av. Mohammed VI Résidence Bourarfaa
RD MG N°3 Bourrogne Casablanca
Tél: 05 22 34 93 39

SEPTICA®
solution SPRAY

LOT: 02/18
PFE: 48,406H

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerktouni - Résidence Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق - إقامة بن حام الزرقطوني 203. شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa

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

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

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية

Casablanca, le 08 Aout 2019 في الدار البيضاء.

Je soussigne certifie avoir perçu la somme
de... 450 ds... pour... ablation... de
verrues multiples du visage.

Chez... M. Tou FALLA... Mohamed.

Pr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGISTE
203 Bd Zerkouni
Tél: 05 22 36 43 17

بالموعد

Sur Rendez-vous

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق إقامة بن حام الزرقطوني

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

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