

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 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 radiographie 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-439535

☒ 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 BOURBOGNE

Tél. : 066 9909799 Total des frais engagés : 827,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : TOUFALLA Mohamed

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) :

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 est une société à capital fermé, dont le siège social est situé à Rabat, Maroc. Elle est immatriculée au Registre du Commerce sous le n° 12704. Son capital est de 100 millions de Dirhams.

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
02.8.19	G + K15		8,20	INP :

Pr JARMOUNI IDRISSE R
DERMATOLOGUE
 203 Bd Zerkouni - sa
 Tél: 05 22 36 43 17 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien
 Date
 Montant de la Facture

02/08/19
 97,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT DE L'EXÉCUTION
				FIN DE L'EXÉCUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25512412 2 4 1 2 25512412 2 4 1 2 D ————— G 25512412 2 4 1 2 25512412 2 4 1 2 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Creation, remont, adjonction]			MONTANT DES SOINS
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DIPROSONE 0,05 %
crème ○



6 118000 050216

0,05 % كريم

LOT: 107
PER: AVR 2022
PPV: 32 DH 50

DIPROSONE 0,05 %
crème ○



6 118000 050216

0,0 % كريم

LOT: 107
PER: AVR 2022
PPV: 32 DH 50

DIPROSONE 0,05 %
crème ○



6 118000 050216

0, % كريم

LOT: 107
PER: AVR 2022
PPV: 32 DH 50

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي

اختصاصى فى الأمراض الجلدية والتناسلية

H2 TOUFALLA Khamed

Casablanca, le 02.8.19. الدار البيضاء، في

PHARMACIE DE L'ATLANTIQUE
D^r ESSADIQ Salim
512, Boulevard Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05 22 26 74 10

ERLVS 2 Date 26/5

Diplothele werneri

и 2⁰ 3



lesions du
cerv

$$I_{\text{Rin}} \propto I_{\text{y}}$$

on her her 2 x 12

Dansval gel n^o 4

$$n_{\text{f}} \propto n_{\text{g}}$$

L_j nur $2 \times 15_j$

Emi

Chercher

Pr. JARMOUNI IDRISSE K
205 20 22 36 43 17 / 27
Tel: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعِد

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

تلفون : 05 22 36 43 17/27 - فاكس : 05 22 36 43 68

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

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي
Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

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

Casablanca, le 02 Aout 2019 في الدار البيضاء.

Je soussigne certifie avoir perçu la somme
de 800 dhs pour ablation de
verrues multiples +
consultation
Chez M. Toufale Mohamed

Pr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE
203 Bd Zerkouni
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

بالموعد

Sur Rendez-vous

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

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

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