

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 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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-488749

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13141 Société : RAP
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ADLANE ILYAS
 Date de naissance : 21/01/1989
 Adresse :
 Tél : 06 918 74 76 Total des frais engagés : 450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 MARS 2020
 Nom et prénom du malade : ADLANE ILYAS
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatologie
 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

~~PT JARMOUNI IDRISIR~~
~~DERMATOLOGIE~~
203 Bd. Zerkowri L sa
02643 17 / 27

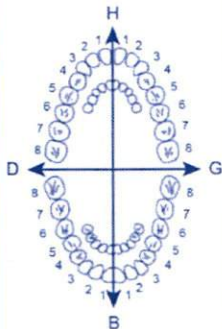
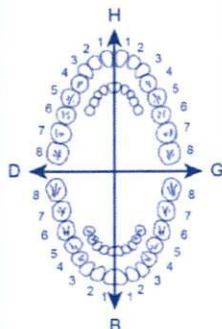
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'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

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية

Casablanca, le 15 Janvier 2022 في الدار البيضاء.

Je soussigne certifie avoir perçu la somme

de 450 dh pour ablation

de verrues multiples

Chez Pr ADLANE FLYAN

Pr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerketouni - Casa
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالوعد

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

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

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

Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

الأستاذ رشيد الجرْموني الإدريسي

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية

Mr Adlane Igar

Casablanca, le 15.1.2020 في الدار البيضاء.

Septica my

ش/ج

~~Pr JARMOUNI IDRISSE R~~
~~DERMATOLOGIE~~
~~203 Bd Zerk:touni - sa~~
~~Tél: 05 22 36 43 17 / 27~~

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerk:touni - Résidence Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع - بن حم الطابق الرابع - إقامة بن حم الزرقطوني

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

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