

# 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.

## Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059311

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1001 Société : 21924

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOKHFI Abdellatif

Date de naissance : 1-1-1948

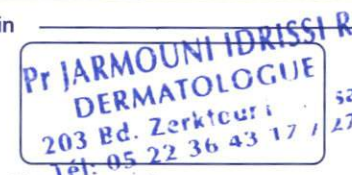
Adresse : 11 lot NICOL ALLEE DE LA PLAGE

AIN SEBAA CASABLANCA

Tél. : 0659866493 Total des frais engagés : 1093,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/08/2020

Nom et prénom du malade : Mokhfi Abdellatif Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermato

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 : 29 SEP. 2020

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



### RELEVÉ 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
07-8-2020	G + K <sub>15</sub>		800 00	Pr JARMOUNE KISSA DERMATOLOGUE 203 Bd. Zerkouri L. sa Tél: 05 22 36 43 17 / 27

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BACHIR 62 Bis, Bd. H. Ahmed Mekouar TEL: 05 22 34 41 27 - Casablanca	07/08/2020	293,70

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

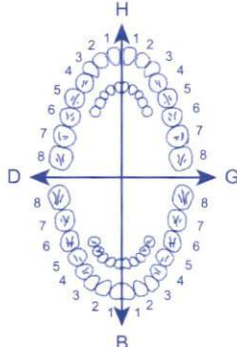
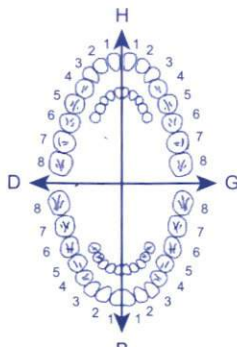
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>		Coefficient	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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. JARMOUNI IDRISSE

الأستاذ رشيد الجرْموني الإدريسي

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M. MOUKHFI Abdelatif

Monca, le 07. 8. 2020 في الدار البيضاء،

Hexomédine®

Solution



6 118000 180395

flacon de 45 ml



hexomédine solution

20/1

15,00 Steristup Grams

Fucidine® 2%

crème

Tube de 15 g

39,70

39,70 Fucidine crème

Ureadine® ©2016 ISDIN

Isdin SA

Provençals 33 Barcelona 08019

Made in Spain

Ref. 690012380

CNC: 3339-512 / PZN: 11528459



8 429420 104679

20/1 x 15 g sur la lésion du ng

225,00 Ureadine 40

293,70

20/1 sur 20 mg

Pr JARMOUNI IDRISSE  
DERMATOLOGUE

203 Bd. Zerkouni  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

21

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق الرابع - الزرقطوني إقامة بن حام

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

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

Casablanca, le 07/08/2020 في الدار البيضاء،

Je soussigné certifie avoir perçu la somme  
de... 800 dh... pour... ablation de...  
...verrues multiples...

Chez: Y. Roukh fi Abdelatif

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