

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.

armacie :

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.

optique :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8243

Société : 46346

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZADANI

Mohammed

Date de naissance :

Adresse : 252 Bd Ghannouchi Res. Nassima Care

Tél. : 06 61 18 36 41

Total des frais engagés : 440,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2020

Nom et prénom du malade : YOUSSEF ZADANI Mohammed Age : 54

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 : Casa

Le : / /

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
02/12/2022	G3		350.00	Pr. JARMOUNT HERIBERT DERAAATOLIQUE 203 Bd. Zerktouni 17/27 Tél: 05 22 36 43 17 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAICIE BEAUSJOUR Mr Mustapha Sergini 15, Bd Omar Al Khayyam Ksourat Beausjour, Magasin n°382/12222	2022/12/22	50,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

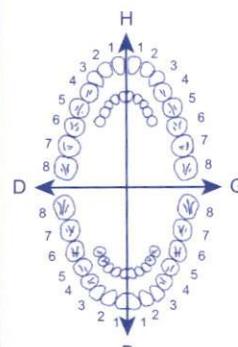
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

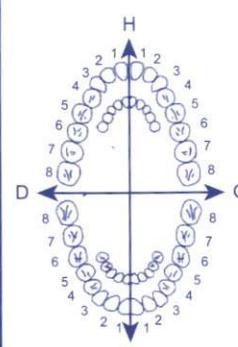
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux
H	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
G				
B				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M² Zemane Mohamed

Casablanca, le 02 / 02 / 2002 الدار البيضاء، في

90,45 Mycortex crème n°2 45,20x2

flas / x 1 mes



Pr JARMOUNI IDRISI R
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni
Tél: 05 22 36 43 17 , 27

PHARMACIE BEAUSEJOUR
Mr Mustapha Serghini
15, Bd Omar Al Khayyam
Kissariat Beauséjour, Magasin n°31
Tél : 05 22 23 21 7

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa

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

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



٣٥

٣٥

١٪ متيستير

لارشادات العلاجية

- فطار الجلد أو الأظافر (تعفنات ناجمة عن لفطريات) المراافق أو لا يتعفنات ثانوية كثيرة.
- التهاب الجلد الزهمي خفيف إلى معتدل في الوجه.
- طريقة الاستعمال

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الاستعمال

يحفظ في درجة حرارة تقل عن 30 درجة مئوية.

الإرشادات العلاجية

- فطار الجلد أو الأظافر (تعفنات ناجمة عن لفطريات) المراافق أو لا يتعفنات ثانوية بكثيرية.
- التهاب الجلد الزهمي خفيف إلى معتدل في الوجه.

طريقة الاستعمال

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الاستعمال

يحفظ في درجة حرارة تقل عن 30 درجة مئوية.

Pierre Fabre
mapharKm 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Aïn Sebaâ
Casablanca - Maroc
Rachid LAMRINI, Pharmacien ResponsablePierre Fabre
mapharKm 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Aïn Sebaâ
Casablanca - Maroc
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g



6 118000 011118 9

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g



6 118000 011118 9