

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-576891

ND: 49852

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8732			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUD GHIRI JARMOUNI IDRISSE			
Date de naissance : 15/07/67			
Adresse : 57 me 35 bt ALTIMOUN CASA			
Tél. : 06 61 31 27 55 Total des frais engagés : 289,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Pr JARMOUNI IDRISSE DERMATOLOGUE 203 Bd. Zerkouuni Casa Tel. 05 22 36 45 17	
Date de consultation :	02/12/2020
Nom et prénom du malade :	OUD GHIRI JARMOUNI IDRISSE
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/12/2020



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
01.12.2020			350.00	INP : 091080551 Pr. JARMOUNI IDRISSE K DERMATOLOGUE 283 Bd. Zektaoui à sa Tél. 05 22 36 43 17 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie EL ARAKI Mme T. T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél. 022-36-54-38</i>	2020-12-01 ADEL	339.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Jarmouni Tel. 05 22 36 43 17 / 27 NICE : 001698903</i>	01/12/2020	B1100	100.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, 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 PROTHESSES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B 00000000 00000000 00000000			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

Profe^{sseur} R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسليه

M^e OUDCHIRI M^e IDRISI

Casablanca, le ... 01 ... 12 ... 20 ... الدار البيضاء، في

UV.10 EPRicort hydrogel

20g x 07

10g x 07

1g x 2 x 07

les deux do

de jamb

Canalflex 150 3 Reuts de 6

46,20
x
3

Pr JARMOUNI IDRISI
DERMATOLOGIE

203 Bd. Zerkouni 150
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

LOT : 1015
UT.AV : 04 - 23
P.P.V : 76 DH 20

LOT : 1015
PER : 04 - 23
P.P.V : 76 DH 20

LOT : 200418
PER : 03 - 22
P.P.V : 70,00 DH

40.00

germa cream

pharmacie EL A
Mme H.T. EL
Bd. Abdellatif Ben
Tél.: 022-38

LOT : 8001
UT.AV : 01-23
P.P.V : 76 DH 20

339,10

Pr JARMOUNI IDRISI R
DERMATOLOGUE

203 Bd. Zerkouni 150
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

بالموعد

Sur Rendez-vous

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

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

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

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

الاختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

Mr OUDGHIRI M. Idris

Casablanca, le 01.12.2023
الدار البيضاء، في

Prise de rendez-vous :

- Mr JARMOUNI IDRISI

Mr OUDGHIRI Moulay Idris
15-07-1967 M
2012022001
L'ORDONNANCE

Place

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

Mr OUDGHIRI Moulay Idris
15-07-1967 M



ORDO

2012022001

A coller sur l'ordonnance

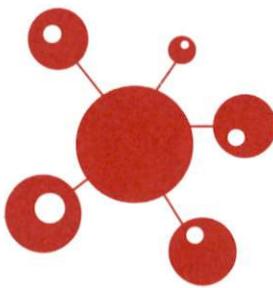
Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - Casablanca

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



مختبر التحاليل الطبية LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE, **ORBIO**

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biogiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

A Casablanca, le Mercredi 02 Décembre 2020

Dossier N° : 2012022001

Mr Moulay Idriss OUDGHIRI
CASABLANCA



Mr Moulay Idriss OUDGHIRI
Né(e) le : 15-07-1967

Prélevé le : au labo 02-12-2020 07:41

Prescription :

BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec,gel,héparine

04-11-2015

30

Transaminases GOT (ASAT)
(IFCC sans PP 37°)

32 U/l

(8-45)

Transaminases GPT (ALAT)
(IFCC sans PP 37°)

25 U/l

(5-55)

04-11-2015

17

Validé biologiquement par le Dr EL HAFIANE Said

Dr. Said EL HAFIANE
Laboratoire de Biochimie Médicale
Dr. Said EL HAFIANE
199, Boulevard Oum Rabii, Casablanca
Tél. : +212 (0)5 22 90 90 44
ICE : 001698908000008

Page 1 sur 1

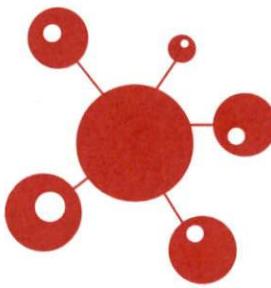
Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحاليل الطبية
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biogiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

FACTURE N : 201200031

CASABLANCA le 02-12-2020

Mr Moulay Idriss OUDGHIRI

Demande N° 2012022001

Date de l'examen : 02-12-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
	Transaminase GOT (ASAT)	B50	B
	Transaminase GPT (ALAT)	B50	B

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 100.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams

EL OULFA LABORATOIRE
Analyses Médicales
Dr. Said El HAFIANE
199 Bd Oum Rabii Casablanca
Tél : 05 22 90 90 44
N° ICE : 00169890800008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008