

# 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° M21- 048557

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM (91.968)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ESSAKHI Brahim  
Date de naissance : 01-01-53  
Adresse : Résidence ATTADAMOUW, Rue 1, N°15  
Eloulfa Casablanca  
Tél : 0663473186 Total des frais engagés : 579,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr JARMOUNI IDRISSE  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerkouni Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27  
Date de consultation : 10/11/2021  
Nom et prénom du malade : ESSAKHI Brahim Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dermatox  
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 : 10 / 11 / 2021  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

Cachet et signature de l'expert  
attestant le Bon état des Actes

**P. TARMOUNI IDRISSI R**  
DERMATOLOGUE Casa  
203 Bd. Zerkouni  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SARANAZ</b> SARLA-U 140 Lot Smiraida Lissafa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	10-11-2024	229,60 Dhs

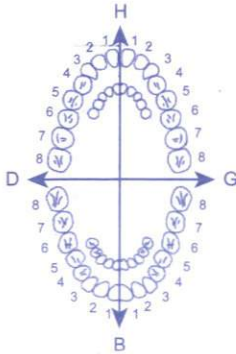
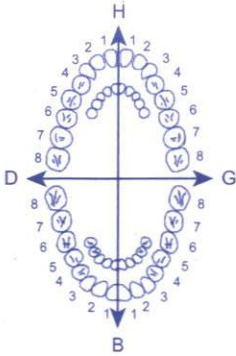
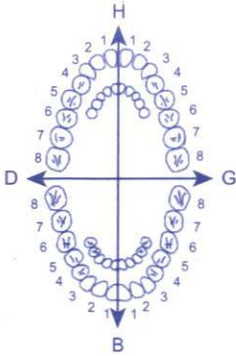
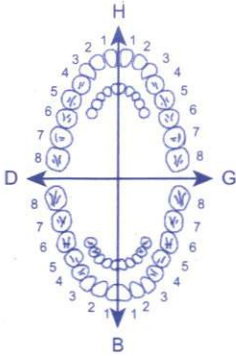
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

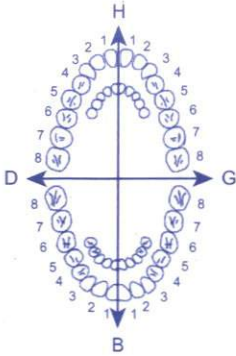
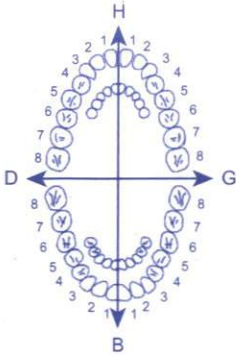
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">                     H                      25533412                      00000000                      D                 </div> <div style="text-align: left;">                     21433552                      00000000                      G                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right;">                     00000000                      35533411                      B                 </div> <div style="text-align: left;">                     00000000                      11433553                 </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M<sup>r</sup> ESSAKHI Brahim

Casablanca, le 10.11.2021 في الدار البيضاء،

Locayed

2 fl x 05 j

1 fl x 10 j

1 j mer 2 x 10 j

lesions de  
visage

LOT: 21E001  
PER: 02 2023

LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G  
P.P.V.: 16D60



0

Dermoval gel

1 fl x 15 j

1 j mer 2 x 15 j

1 j mer 3 x 2 mois

acné

cheveux

Dipolene pommade

a usage unique

1 fl x 15 j

1 j mer 2 x 15 j

lesions du

visage

Sur Rendez-vous

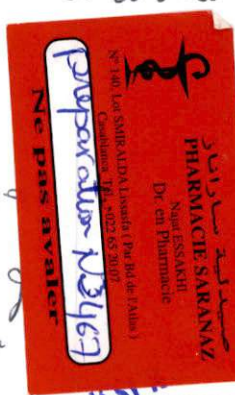
203, Bd. Zerketouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - الطبقة الرابع - 203, شارع الزركتوني -

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



PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L. M.U.  
140, Loc Smirna, Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 65 20 07



JARMOUNI IDRISSE  
Dermatologue  
بالجمهورية المغربية  
203, Bd. Zerketouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - الطبقة الرابع - 203, شارع الزركتوني -