

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 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.

Auu108
Déclaration de Maladie : № P19- 0009348

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09677** Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAMHANNA B. Abdellah** Date de naissance : **16/03/66**

Adresse : **87 Rue Ibnou Faria Hammoud Casab**

Tél. : **0662104664** Total des frais engagés : **496,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **16/03/22**

Nom et prénom du malade : **LAMHANNA B. SOFIYA**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Derma**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

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
14-12-22	Cg		350 Dhs	Pr JARMOUNI IDRASSI DERMATOLOGISTE 203 Bd. Zerktouni Casa 05 22 36 43 17 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/99	AL 6,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

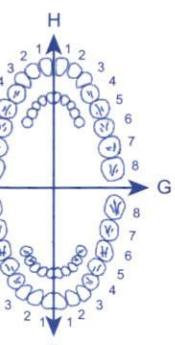
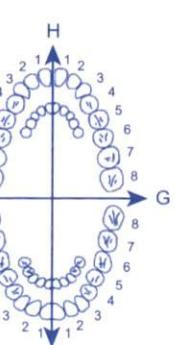
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				CŒFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ دشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الأمراض الجلدية و التنايسية

N^o Lamhannad Jelouz

Casablanca, le / 14. 12. 22 الدار البيضاء، في

1960

RETACNYL 0,025

RETACNYL 0,025 %
Crème, tube de 30 g
AMM N°261 DMP/21/NRO
PPV: 79.60 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouksoura - Maroc

6118001 070497

1 sur les 3 à 15 jours puis

un sur les 2 sur la visage

Crème d'eau VMA 5%

shampoing apres RETACNYL et au brossage

6490

Eryfluid

1 à 2 fois sur les zones sensibles

Elladerm gel

1 à 2 fois

Bi RETIX triadine

1 sur les 2 sur la tête

ERYFLUID 4%
LOT : 22E004
PER. : 06.2024
P.P.V : 670H20

6118000 010630

Mme. Anna EL GABBAJ BAIRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47, Boulevard Bir Anzarane
10522 Casablanca
Tunisie

Sur Rendez-vous

Anthenos 50 oil

PHARMOUNI IDRISI
203 Bd. Zerkouni
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni
22 36 43 17 17
بالموعود

203، شارع الزرقطوني إقليم قصبة حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف : GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

2 Mois