

## 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

- 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° M21- 080692

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6183

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BAMDOU KAMAL

Date de naissance :

18/07/1961

Adresse :

Quartier de Hapt 862 et jwene

Tél. :

0661 339012

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr JARMOUNI IDRISSI  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerktouni  
Tél. 05 22 36 43 17 / 17

Date de consultation :

13/11/2023

Nom et prénom du malade :

Mlle Delimi Samira

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019



# 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
13/1/23	G		3.50	<p><b>PHARMACIE IBN NAFIS</b>  <b>DERMATOLOGIE</b>  203 Bd. Zerktouni  Tél: 05 22 36 43 17 / 27</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

13/1/23

4050

# 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

AM    PC    IM    IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

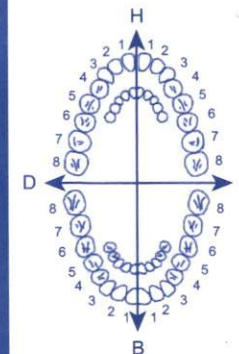
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D      G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

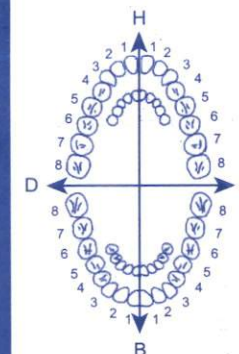
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

برموني الإدريسي

أمراض الجلدية و التناسلية

LOT: 0086  
EXP: JAN 2025  
PPV: 40,50 DH

M<sup>me</sup> D LIMI Samia

Casablanca, le 13.11.23 في الدار البيضاء،

40,50

\* Efficort hydrophile

2 applications / j x 0

le soir x 10 jour

en son sur 2 x 10 jour

sur les lésions du visage

et du dos des mains

LCA tout éclaircissant

22/j sur le visage et  
les mains à partir du  
1<sup>er</sup> jour

Adénica 50 lotion

Sur Rendez-vous

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - الرابع - رقم الهاتف 05 22 36 43 17 / 27

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - GSM : 06 76 98 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com



Efficort® Hydrophile

Acéponate d'hydrocortisone

Crème hydrophile

Voie cutanée

PHARMACIE IBN NAFIS  
28, Avenue du 2 Mars  
Casablanca - Tél.: 05 22 27 31 69

PHARMACIE IBN NAFIS  
DERMATOLOGIE  
203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - الرابع - رقم الهاتف 05 22 36 43 17 / 27

Capiderma lotos antichute

10 pulvérisations / x 2 mos  
puis 2 j sur 2 x 2 mos

Pr JARMOUNI IDRISSE  
~~DERMATOLOGUE~~  
203 Bd Zerkouani Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 + 27

Dermoval gel

seul sur les ongles atteints

Pr JARMOUNI IDRISSE  
~~DERMATOLOGUE~~  
203 Bd Zerkouani Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 + 27

RV 2 mos