

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

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° P19- 0049437

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAYACHI Fatima
Date de naissance : 06/02/50
Adresse : 2 rue Ain Asserdoune - Hay Salam Casablanca
Tél. : 0661 267345 Total des frais engagés : VM Dr Jarmouni 350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : LAYACHI Fatima Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dermatologie
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) :

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
17.9.19	G		350.00	
03.10.19	G		350.00	
19.10.19	G		350.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	03/10/19	22.50
	17/09/19	81.90
	10/10/19	510.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/09/19	3.90	80.10

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

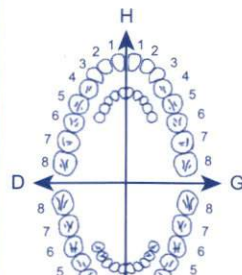
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

Casablanca, le 17, 9 19 الدار البيضاء، في

20, x 15, l es
da ng et der
Horax



My sister came

20/ endi la out as
30 jeev

LOT: 9MA109
PER: 02 2022

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20

P.P.V : 45DH20



zhiso

صيدلية سيار
Pharmacie C.I.L.
BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Tél : 05 22 36 18 68 - Casa

Pr. IADJOUNI HIRISSIA
DERMATOLOGUE
203 Bd Zerkoulouni : sa
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

بالموعِد

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

تلفون : 05 22 36 43 17/27 - فاكس : 05 22 36 43 68

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

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

Mme Layach Fatima

Casablanca, le 03/10/19 في الدار البيضاء.

Diprosone cream

S.V

32,50

$20g \times 10g$

$2g \text{ sur } 2 \times 10g$

lésions de la nuque

LOT: 108
PER: JUN 2022
PPV: 32 DH 50

~~Pr JARMOUNI IDRISSE~~
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerktouni - Casa
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

صيدلية سوسيان
Pharmacie C.I.L
BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Tél: 05 22 36 18 68 - Casa

Sur Rendez-vous

بالوعد

203, Bd. Zerktouni - Résidence Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق الرابع - إقامة بن حام الطابق الرابع - 203.

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

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

الأستاذ رشيد الجرْمُونِي الإدريسي Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

Mme Layachi Fatiha

Casablanca, le 17.9.12 الدار البيضاء, في

Preuve de poliquen :

- poliquement myelogramme
un que al gros ort al
gauche

Merci

Pr JARMOUNI IDRISSE R
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni - Casa
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Laboratoire Génelab
Oum Rabiaa
Bd. Zerkouni - Casa
Tél: 05 22 36 43 17 / 27
Fax: 05 22 36 43 17 / 27
Tél: 05 22 36 43 17 / 27
Fax: 05 22 36 43 17 / 27

Laboratoire Génelab "Oum Rabiaa"
V1200919086
LAYACHI Fatiha Nee Lahrach
DN: 06/02/1950
EM2



بالوعد

Sur Rendez-vous

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع - Ham Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع

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

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