

# 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

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

N° W21-790818

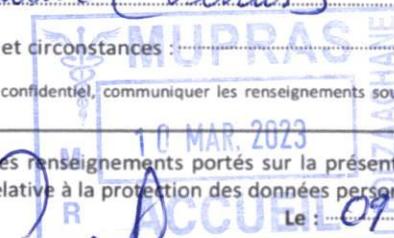
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		AS 9603	
Matricule :	8859	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CHELKINA ABDELLICAH	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. Amina BENNANI IBEN-BRAHIM Dermatologie - Vénérologie Médecine Esthétique Tél: 05 22 82 53 68 - 06 62 28 49 05
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	07/01/2023
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Permutose (Virus)
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 : 09/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



10 MAR. 2023

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">ARMAGIE PHARMACIE ASPIRIN SARLAU Ime R. V. MCAN SOUAD DREN PHARMACIE Rue Vesale Angle Rue Amiot, Tél: 0522 91 55 51</p> <p style="text-align: right;"><b>INPE</b></p>	07/03/23	126.02

092005552

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Dr. Amina BENNANI**

**IBEN-BRAHIM**

**Dermatologie - Vénérologie - Cosmétologie**

**Ancien Medecin au CHU Ibnou Rochd**

**Ancien Medecin à l'hôpital My Youssef**

**Membre de la société française de Dermatologie**

**Membre de la société marocaine de Dermatologie**

**Maladies de la peau et du cuir chevelu**

**Maladies sexuellement transmissibles**

**Maladies des ongles - Nettoyage de peau**

**Peeling - Mésothérapie - Botox**

**Comblement des rides - Laser**



**الدكتورة أمينة بناني**

ابن ابراهيم

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد  
طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية  
عضو في الجمعية المغربية للأمراض الجلدية

**أمراض الجلد والشعر  
أمراض الأظافر  
الأمراض التناسلية  
الطب التجميلي**

Casablanca le : 07 Mars 2023

**M. CHELKHA ABDELILAH**

99.00

**1/ Dermasept spray**

**1 fois/jour pdt 10 jours**

LOT: 4261  
EXP: 01/26  
PPC: 99.00DH

25.00

**2/ Steristrip 6 mm**

**1 fois:jour**

**3/ Avène**

**Sensitiv**

**Ecran.**

T2 126.00

PHARMACIE AL KHOURA  
CASABLANCA  
Mme TALEMCA  
DR IN PHARMA  
8, Rue Vesale 3 Angle Rue Amiot Casab  
Tél: 0322 86 53 54

091018127  
INPE

Dr. Amina BENNANI  
IBEN-BRAHIM  
Dermatologue - Vénérologue  
Medecine Esthetique - 0662 28 49 05  
Tél: 05 22 82 53 68

Dr. Amina BENNANI  
IBEN-BRAHIM  
Dermatologue - Vénérologue  
Medecine Esthetique - 0662 28 49 05  
Tél: 06 22 82 53 68 - 0662 28 49 05

105 مكر، شارع 2 مارس - اقامة ايمان الشير 1 (زاوية شارع مولاي ابريس الاول) الطابق الثاني - البيضاء

105 Bis, Bd 2 Mars, Résidence AYMAN AlKhair 1 - 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Maroc Tél : 0522 82 53 68 - 0662 28 49 05

[www.dermatobennaniamina.com](http://www.dermatobennaniamina.com) - e-mail : dr.bennani@hotmail.fr

**Dr. Amina BENNANI**  
IBEN-BRAHIM

Dermatologie - Vénérologie - Cosmétologie

Ancien Médecin au CHU Ibnou Rochd  
Ancien Médecin à l'hôpital My Youssef

Membre de la société française de Dermatologie  
Membre de la société marocaine de Dermatologie

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Maladies sexuellement transmissibles  
Maladies des ongles - Nettoyage de peau  
Peeling - Mésothérapie - Botox  
Comblement des rides - Laser



**الدكتورة أمينة بناني**

ابن ابراهيم

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد  
طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية  
عضو في الجمعية المغربية للأمراض الجلدية

أمراض الجلد و الشعر  
أمراض الأظافر  
الأمراض التناسلية  
الطب التجميلي

Casablanca le :

7/3/2023

**facture**

Je soussignée, Dr BENNANI AMINA atteste avoir reçue

La somme de cinq cent (500) de la part de Mr  
CHELKHA ABDELILAH pour électrocoagulation des verrues .

105 مكرد، شارع 2 مارس - اقامة ايمان الخير 1 (زاوية شارع مولاي ابريس الاول) الطابق الثاني - البيضاء

105 Bis, Bd 2 Mars, Résidence AYMAN AlKhair 1 - 2<sup>eme</sup> étage - Casablanca - Maroc Tél : 0522 82 53 68 - 0662 28 49 05

**www.dermatobennaniamina.com - e-mail : dr.bennani@hotmail.fr**