

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-781334

159699

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6436 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Abdemattaf

Nom & Prénom : EDDAHIR

Date de naissance : 04/02/67

Adresse : CASA

Tél. : 0661174632 Total des frais engagés : 500,85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Imane BENNANI
Dermatologue
64, Bd. Sidi Abderrahmane 3ème Etage
Bouskour Casablanca
Tél. 0222 36 67 61

Date de consultation : 02/03/2023

Nom et prénom du malade : EDDAHIR Abderrazaf Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection dermatologique

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 : CASA Le : 10/03/23

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
02/03/23	CS		300,00	INP : <input type="text"/> Dr. Imane BENNANI Dermatologue 56, Bd. Sidi M. Imane 3ème Etage Beauséjour Casablanca Tél: 0522 36 62 61 51024941

Dr. Imane BENNANI
Dermatologue
56, Bd. Sidi Abdelhamane 3ème Etage
Rueusejour Casablanca
Tél: 0522 36 62 61

Dermatologue
Cabinet Al Akkouchi 3ème Etage
Boulevard Hassan II Casablanca
Tél: 0522 36 62 61

INPE: 03
CE: 00219149
IF: 15227881
34900280

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE GHAFIRI</p> <p>2, Angle Bd Terrains de Sport</p> <p>Rue Abourrouss Ferme</p> <p>Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45</p>	02/03/2003	200,85

Date _____

Montant de la Facture

PHARMACIE GE

2. Angle Bd Terrains

2, Argic Barrière
du Abourrouss Ferme

Quimper - Tél: 05 2

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

Date _____

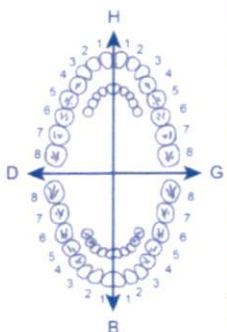
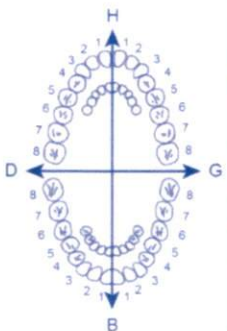
Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Important :

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr IMANE BENNANI

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie, Université Toulouse III

Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice

Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cuir chevelu, Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

ORDONNANCE

Date

EDDAHIR ABDERRAZZAQ

200,85
**xerial 50 sur les callosites le soir apres la douche sous occlusion
jusqu'a amelioration puis garder en entretien le soir sans occlusion**



le matin **MYCODERM poudre** : dans les chaussures et pieds

loceryl solution filmogene:

appliquer 1 fois par semaine sur l'ensemble des ongles des pieds

nettoyer au dissolvant doux

poncer le gerement les ongles à la lime en carton

avant d'appliquer

6mois

ONIFINE 250mg:

1cp/j le soir pdt 1 semaine

stop 3semaines

puis 1 cp/j le soir pdt 1semaine

puis contrôle dans 2mois

PHARMACIE GHAFIRI
2, Angle Bd Terrains de Sport,
Rue Abourrouss Ferme Bretonne
Casablanca - Tél. 05 22 25 06 45

Dr. Imane BENNANI
64 Bvd Sidi Abderrahman, 3ème étage, résidence Misselma, Casablanca
Tél: 05 22 25 06 45

INPE 051024941
ICE: C02191499000012
IF 15227881
TP 34800280

0522 366 261 / 0612 716 310

Contact@dermatologiebennani.ma

www.dermatologiebennani.ma

64 Bvd Sidi Abderrahman, 3ème étage, résidence Misselma, Casablanca

Tram: ligne T1, station Beauséjour

SVR

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

EXTREME CREME PIEDS **XERIAL 50**

Pure urea 50% + Salicylic acid

ANTI-CALLOSITÀ IN 7 GIORNI*
CALLOSITÀ E DURONIS

ANTI-CALLOSIDADES 7 DÍAS*
CALOSIDADES Y DUREZAS

PIEDI - AREE LOCALIZZATE
SENZA PROFUMO

PIES - ZONAS LOCALIZADAS
SIN PERFUME

50ml - Made in France



رقم التسجيل و تاريخ الانتهاء : انظر العبوة



58002

LOT/BATCH :