

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° W21-694052

272706

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11675 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRANE SELMA

Date de naissance : 05/08/1978

Adresse :

Tél. : 06-67-46-03-74

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAHRICHI Amine
DERMATOLOGUE
Angle 239 Bd. Moulay Youssef
et Rue Naud 5ème Etage N° 10
CASABLANCA
Tél : 05 22 22 29 92

Date de consultation : 22/08/2023

Nom et prénom du malade : BENKIRANE Selma Age : 45 ans

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 : Casablanca Le : 25/08/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

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
22/08/23		CS	3000dh	INP: 09122992 Dr. LAHRICHI AMAL DERMATOLOGUE Angle 239 Bd. Moulay Youssef Rue Nadaud 5ème Etage N° 10 CASABLANCA 3022 29 92

INP: 091252953na
r. LAHRICHI AMIN
DERMATOLOGUE
Angle 239 Bd. Moulay Youssef
et Rue Nadaud 5ème Etage N° 10
CASABLANCA
Tél: 05 22 22 29 92

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/08/23	1078,50

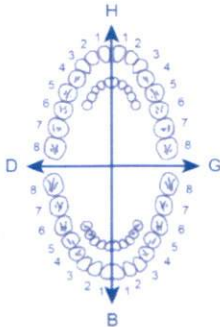
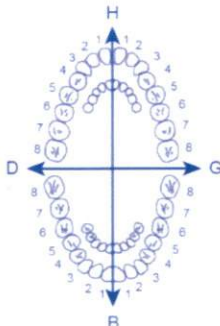
[illegible][illegible]

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Lahrichi Amina
Spécialiste en Dermatologie
Vénérologie



د. أمينة لحريشي
إختصاصية في الأمراض
الجلدية والتناسلية
-أمراض و جراحة الجلد
الأظافر والشعر
-الأمراض التناسلية
-طب الجلد عند الأطفال
-الحساسية الجلدية
-طب التجميل

- Maladies et chirurgie de la peau,
Ongles et cheveux
- Maladies sexuellement transmissibles
- Dermatologie pédiatrique
- Allergies cutanées
- Dermatologie esthétique

Casablanca le : 22/08/23

PHARMACIE OCEAN PHARM
Lot Ocean Palm GH3 linm 14 MAG n°1
Km 19 Route de Nakhla - Dar Bouazza
Tél: +212 5 22 62 31 63 - INPE: 092103613

N° Benkirane Selma

432,00

① placenter lotion antichute



so plus 1/2 pot 4 Nois
surtout cuir chevelu

40,50x3

② tardyferon 80mg

1cp 1/2 pot 4 Nois

525,00

③ Foncapil gélules

2gél 1/2

408,50

Dr. LAHRICHI Amina
DERMATOLOGUE
Angle 239 Bd. Moulay Youssef
Rue Nadaud 5ème Etage N° 10
CASABLANCA
Tél: 05 22 22 29 92

زاوية 239. شارع مولاي يوسف وزنقة نادو الطابق الخامس. رقم 10 بورغون - الدار البيضاء

Angle 239, Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud 5ème étage, Appt N° 10 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 22 29 92 - Email : lahrichiamina@hotmail.fr

④ purpau Baume hydratant
1 appl après le shampouing

Dr. LAHRICHI-Amina
DERMATOLOGUE
Angle 239 Bd. Moulay Youssef
et Rue Nadaud - Etage N° 10
CASABLANCA
Tél : 05 22 22 29 92

319334
6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
PPV : 40.50 DH

319334
6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
PPV : 40.50 DH

319334
6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
PPV : 40.50 DH

0667460371