

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-804599

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13420

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BARRAMOU OLA

Date de naissance : 30/01/1993

Adresse : Casablanca

Tél. : 06.60.34.41.04

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/2024

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Conjoint  
 Enfant

Nature de la maladie : affection dermatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

29 JAN. 2024

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-804599

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## **RELEVE 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
18/01/24 CS			300.00	INP : 051024941 INPE : 051024941 ICE : 002191499000012 IF : 15227881 TP : 34800280 Signature : M. BONNANI Date : 18/01/24 Catégorie : 3ème échelle Finance : 3ème échelle

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TONTONVILLE ALLES DES PIGNES TONTONVILLE CASABLANCA TÉL : 05 22 86 03 98	18/01/24	711,30

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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.



Dr IMANE BENNANI

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

Diplôme d'études spécialisées

D-CURE\* AMPOULE

vénéro

PPV: 56,30 DH

Ces, M

LOT: 23H21D

ique,

EXP: 08/2025

Diplôme interuniversitaire

6 118001 320080

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

Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

ORDONNANCE

BARRAMOU OLA

205,00

Cetaphil pro acne mousse pour laver le visage le soir

12,50

differine creme: 1 soir/2 puis si bien toléré tous les soirs

237,50

avane tolerance hydra 10 au coucher et le matin

isdin activ unify color 100+ / ou melan 130 invisible nesoestetic

mycoster creme : pour les ailes du nez matin et soir 15jours

pour le dos: biretix triactiv spray: le soir

fixafer:

2cp/j le matin pdt 1mois

puis 1cp:j pdt 2mois

56,30

D cure 25000: 1 ampoule par semaine 2mois

170,00

dercos aminexil clinical 5 women: 1ampoule 1soir/2 3mois

inofolic combi/ carosyl: 1 capsule matin et soir 3mois

pour tache aisselle:

puriactiv creme eclaircissante le soir 3MOis

T= 441,30

Dr. Imane BENNANI  
Dermatologue  
64, Bd. Sidi Abderrahmane 3ème Etage  
Beauséjour Casablanca  
Tél: 0522 36 62 61

INPE 051024941  
ICE : 002191499000012  
IF 15227881  
BP 34800280

0522 366 261 / 0612 716 310

Contact@dermatologiebernnani.ma

www.dermatologiebernnani.ma

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

Tram: ligne T1, station Beauséjour