

# 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 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

M22- 0023117

198490

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12712

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Dr. A. A. A. A. A.

Date de naissance :

NSR

Adresse :

Tél. :

066 078530

Total des frais engagés :

1060,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/01/24

Nom et prénom du malade :

Dr. A. A. A. A. A.

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dermatologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

30/01/24

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
20/11/24	C2	C2	200,000	
20/11/24	K10	K10	600,000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.01.24	1600,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) 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



**Docteur Ibtissam BENJDYA LAHBABI**

DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE

Diplômée de l'Université de Rennes

Ancienne Interne des Hôpitaux de Rennes

Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie Chirurgicale - Bordeaux

Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie, Esthétique, Cosmétologie et Lasers-Bordeaux

Diplôme Universitaire de Cancérologie Cutanée-Montpellier

Maladies de la peau et des phanères

Maladies sexuellement transmissibles

Varices

CABINET  
DERMATOLOGIQUE  
— AL FOURATE —



**الدكتورة إبتسام ابن جدية الحبابي**

**إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية**

خريج كلية الطب برين - فرنسا

طب الجلد و التجميل و الليزر - بوردو

جراحة الجلد مونبوليه

Casablanca, le :

30/10/2024  
M<sup>re</sup> DIBAST Lale

Compte rendu

dermatologie de l'œuf empoussé  
du visage =  $K_{10} = 600,000A$

Dr. Ibtissam BENJDYA  
DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE  
Dermatologie, Esthétique, Cosmétologie  
et Lasers  
07, Angle Rue Al Fourate Résidence Bernaben  
3ème Etage N° 5 - Casablanca  
Tél.: 05 22 23 25 20

67 ، زاوية زنقة الفرات، إقامة برنايين، الطابق الثالث الرقم 5 المعاريف، الدار البيضاء

67, Angle rue Al Fourate, Résidence Bernaben, 3ème étage N° 5 - Maârif Extention - Casablanca

Tél.: 05 22 23 25 20 / 06 62 15 56 33 - الهاتف - E-mail : dr.benjdy@gmail.com





Casablanca, le :

2016/11/24

N° 018576016

1/

Hexamédecine alcool sans attache

2/

Tricaine crème : 2/2

3/

Epiderm gel 1/2

2/2

4/

C25 crème, toutes mains  
à l'usage / contre virus

Dr. IBTISSAM BENJDYA  
DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE  
Dermatologie esthétique, cosmétologie





إكزوميدين®  
عابر للجلد  
إكزاميديين

قارورة 60 مل

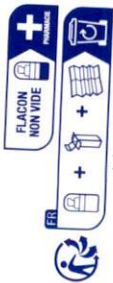
Titulaire et exploitant:  
GALDERMA INTERNATIONAL  
TOUR EUROPLAZA - LA DEFENSE 4  
20, AVENUE ANDRÉ PROTHIN  
92927 LA DEFENSE CEDEX

 **EPIDUO 0,1%/2,5%  
+ GROSSESSE = INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
et chez la femme planifiant une grossesse

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

**NE PAS AVALER**  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Laisser le bouchon sur le flacon



3 400927 611117

**Epiduo**

0,1% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyl

GEL

30 g

voie cutanée

**EPIDUO GEL**  
Tube de 30 g  
PPV: 146,60 DH  
AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRG  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N°1.27182-Bouskoura  
6 118001 071692

GALDERMA

PC 0340092761



**Docteur Ibtissam BENJDYA LAHBABI**

DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE

Diplômée de l'Université de Rennes

Ancienne Interne des Hôpitaux de Rennes

Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie Chirurgicale - Bordeaux

Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie, Esthétique, Cosmétologie et Lasers-Bordeaux

Diplôme Universitaire de Cancérologie Cutanée-Montpellier

Maladies de la peau et des phanères

Maladies sexuellement transmissibles

Varices



CABINET  
DERMATOLOGIQUE  
— AL FOURATE —

**الدكتورة إبتسام ابن جدية الحبابي**

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

خريج كلية الطب برين - فرنسا

طب الجلد و التجميل و الليزر - بورديو

جراحة الجلد مونبوليه

Casablanca, le :

30/01/2024  
N° DIBATI LA TUA

Note d'honoraires

→ électrocoagulation de lésions cutanées = 60,000 DH

IBTISSAM BENJDYA  
DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE  
Dermatologie Esthétique, Cosmétologie  
et Lasers  
67 Angle rue Al Fourate Résidence Bernaben  
3ème étage N° 5 Casablanca  
Tél : 05 22 23 25 20

67 ، زاوية زنقة الفرات، إقامة برنايين، الطابق الثالث الرقم 5 المعاريف، الدار البيضاء

67, Angle rue Al Fourate, Résidence Bernaben, 3ème étage N° 5 - Maârif Extention - Casablanca

Tél.: 05 22 23 25 20 / 06 62 15 56 33 : الهاتف - E-mail : dr.benjdya@gmail.com