

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 canalaire, 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 canalaire.

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

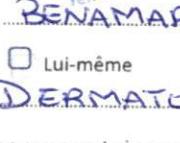
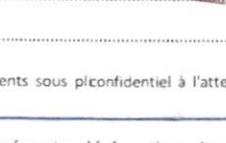
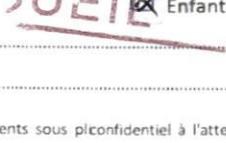
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-482430

34.16.2

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9889	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR			
Date de naissance : 29/07/73			
Adresse : RES FATINE ETG 2 APT 9 RUE AHMED CHARCI			
Tél. : 0661162001	Total des frais engagés : 362,90 Dhs		

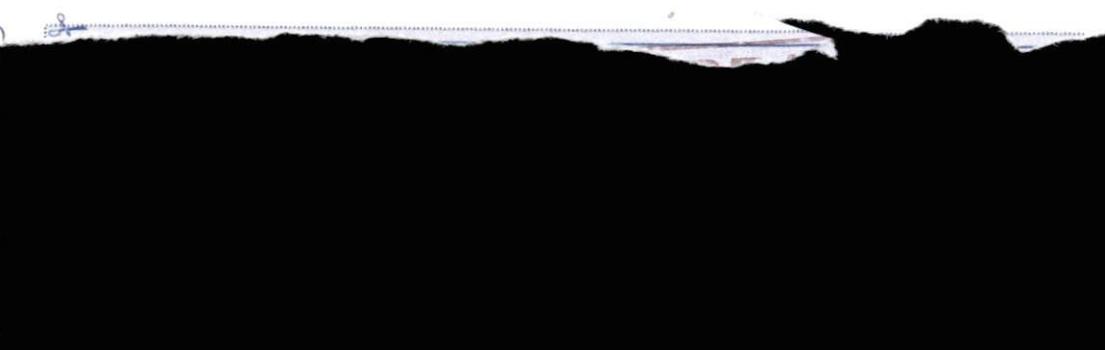
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
            	
Date de consultation : 30/06/2020	Age : 46
Nom et prénom du malade : BENAMAR LINA	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	DERMATOSE
Nature de la maladie : 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 : **30/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



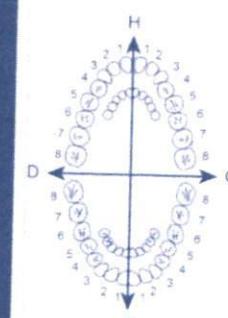
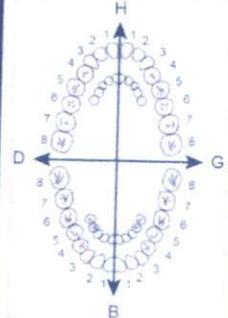
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23.06.2020	Cs.		250,00	INP : 0911372694 Cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Jolia B.P. 10000 ZEMMAMA Résidence Avenue du Phare Casablanca Tél. 02 22 55 55 02	30-06-20	212,90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

ADHERENT

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 :
				INP : []
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
B	00000000	35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Médecine esthétique – Cosmétologie – Lasers

Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles – Allergies – Brûlures

Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers – Besançon

Diplôme de dermatologie pédiatrique – Montpellier

Diplôme de dermatologie et maladies du système – Paris

طب التجميل والعلاج بالليزر

امراض و جراحة الجلد و الشعر والاظافر

الامراض المعنقدة جنسيا – الحساسية – العروق

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر- بيرنستون

دبلوم الامراض الجلدية عند الاطفال – مونيليني

دبلوم الامراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

30/06/2020

Mme BENAMAR Lina

173,40
DERMOVAL CREME

199,50 He sois sur le visage, pendant 5 jours

CICAPALST BAUME B5

3 fois par jour sur le visage

139,00 GEL RUBEFIANT DE DUCRAY

2 fois par jour sur les sourcils

339,00 PHYTOKERATINE EXTREME CREME

1 application par jour sur les cheveux

Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence
Taghazout - Casablanca
Tél. : 05 22 29 35 64

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 10/07/2020

(712,90)

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Venerologue
Angle Bd Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. 1er étage - Casablanca
Tel: 0522 36 55 77 / 06 41 47 09 15

Angle Bd Tantan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sami,
1er étage, Appt 3 , Bourgogne – Casablanca

Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طانطان و شارع الدكتور سليماني (شارع المنار سابقاً)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء

الهاتف: 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77 - البريد الالكتروني: drbenhiba@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
ID : 64582
Barcode: 6 118000 161295

Dermoval
0,05 % CREME
Tube de 10 g

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

3
337875517300
3612620906067

40 ml . Made in France

CICAPLAST BAUME B5 spf 50
Avec de l'eau thermale de La Roche-Posay

REPARADOR. CALMANTE. PROTECTOR ANTI-MARCAS.
Irritaciones superficiales. Pieles fragilizadas.

PANTHENOL 5 % + MADECASSOSIDE + PROCERADIM

COBRE Y ZINC / COBRE-ZINCO

REPARADOR. APAZIGUANTE. PROTETOR ANTIMARCAS.
Desconfortos cutâneos superficiais. Pele fragilizada.

sin perfume
sem perfume