

## 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.

N° W19-551605

par courrier

39617

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>13117</b>	Société : <b>Royal AIR MAROC</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>SAGHIR MAROUANE</b>			
Date de naissance : <b>27/10/1993</b>			
Adresse : <b>AV. ABDELLAH SENHAJI, N° 12 IRIDIUMA</b>			
Tél. : <b>06 62 28 82 40</b>	Total des frais engagés : <b>#1 770 DH #1</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>12/08/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>SAGHIR MAROUANE</b> Age : <b>31</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>dermature</b>			
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**

Signature de l'adhérent(e) : **31 AOUT 2020**

Le : **17/08/2020**

### 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
17/08/2022	CS		250,00	DOUARTE BEHRA Dentiste - Veneuil-Longueau 61110 Veneuil-Longueau Tél: 02 33 65 57 71 Fax: 02 33 65 57 71 E-mail: dentiste-behra@orange.fr

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CROIX BLANCHE 100, rue de la Croix Blanche 50100 SARTHE	17/08/2022	520,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				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

أمراض و جراحة الجلد و الشعر والاظافر

الامراض المنقلة جنسيا – الحساسية – الدروز

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر- بيزنسون

دبلوم الامراض الجلدية عند الاطفال – مونبولي

دبلوم الامراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

17/08/2020

Mr SAGHIR Marouane

**TRIACNEAL CREME EXPERT**

le soir sur le visage

**TEGUMA CP 250**

1cp par jour pdt 10j par mois, pendant 3 mois

**LOCERYL LOTION**

1 application 2 fois par semaine sur les ongles

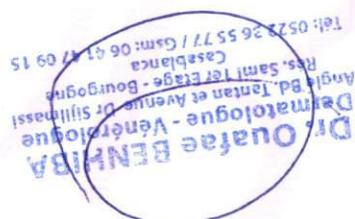
LOT : 191993  
UT AV: 12/2022  
PPV: 199,000 H

LOT-Nr.: UT AV-Nr.:  
PPV (DH):

**LOCERYL 5%**  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2,5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/MNC  
PPV: 321,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

6 118001 070381

**PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 16/09/2020**



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](mailto:drbenhiba@gmail.com)

زاوية شارع طاطنن و شارع الدكتور سليمانسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوكون - الدار البيضاء

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