

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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 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° W19-587793

48076

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 13117		Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SAGHIR MOUNA		Date de naissance : 27/10/1993	
Adresse : Av. ABDELLAH SENHAJS, N° 152, Casablanca		Tél. : 066 168 64 92	
Total des frais engagés : #000 #643,10 DH			
<p>Dr. Ouafae BENHIBA Dermatologue - Vénérologue Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Si Jilmasel Res. Sami 1er Etage - Bourgogne Casablanca Tél: 0522 36 55 77 / Gam: 06 41 47 09 15</p>			
<p>Date de consultation : 16/11/2020</p> <p>Nom et prénom du malade : SAGHIR MOUNA</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint</p> <p>Nature de la maladie : DERMOLOGIE</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL</p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>Fait à : _____</p> <p>Le : _____ / _____ / _____</p> <p>(e) : _____</p>			

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 : _____ / _____ / _____

(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
16/11/2020	Ca		300.00	INP : 0911187902 Dr. Ouafaa - Vétérinaire Dermatologue - Vétérinaire Angia Bâtiment 10 Avenue Dr Sijllmasal Rue Sam 1er Etage Bourgogne Casablanca Tel. 0522 26 12 77 / 0522 29 19 12

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA FRANCE M. S. CHABBAI 88 Bd Abdellah Senhaji Hay Jawadieh Casablanca Tél: 0522 281 330/0522 291 912	16/11/2020	356.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	25533411
B	11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



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 والأظافر

الامراض المنسولة جنسيا - الحساسية - البروق

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر - بيزنطون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونتولي

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

16/11/2020

Mr SAGHIR Marouane

CURACNÉ 20MG

1cp par jour, pendant 1 mois

LARMABACK COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour dans les yeux

XEMOSE CREME VISAGE

le soir sur le visage

VASLINE OFFICINALE

pour hydrater les levres



Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain seba Casablanca
Curacne 20mg cap molle b30
P.P.V : 289,00 DH

6 118001 180721

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,00 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amine DAOUDI

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 11/12/2020

356,60

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 المغاربة سابقا). اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء

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

الهاتف : 05 22 36 55 77 - البريد الالكتروني : 06 41 47 09 15