

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-676231

101351

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 004447 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | TARIK |
| Nom & Prénom : BENNANI | | | |
| Date de naissance : 13-01-1961 | | | |
| Adresse : 10 LOT BEVERLY, CALIFORNIE, 20150 CASABLANCA | | | |
| Tél. : | 0661198070 | Total des frais engagés : 593, 00 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : 20/12/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : BENNANI TARIK, Age: 60 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/12/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 20/12/2014 | Cr | 1 | 900,00 | INP : <input type="checkbox"/>  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet de Pharmacien du Maroc | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE JARJAR Reims SERRAT Dorzeur en pharmacie Avenue Atlantide, N° 102 bis Casablanca - Tél. : 05 22 52 74 00 | 29/12/2019 | 293,00 |

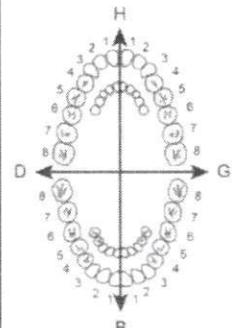
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

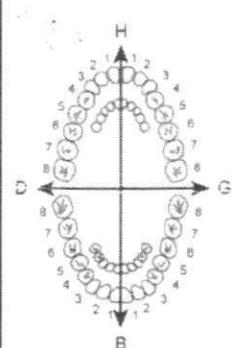
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I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

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25633412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 25633411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



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

Dr. Amina BENNANI

IBEN-BRAHIM

Dermatologie - Vénérologie - Cosmétologie

Ancien Médecin au CHU Ibnou Rochd

Ancien Médecin à l'hôpital My Youssef

Membre de la société française de Dermatologie

Membre de la société marocaine de Dermatologie

Maladies de la peau et du cuir chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Maladies des ongles - Nettoyage de peau

Peeling - Mésothérapie - Botox

Comblement des rides - Laser



الدكتورة أمينة بناني

ابن ابراهيم

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

عضو في الجمعية المغربية للأمراض الجلدية

أمراض الجلد و الشعر

أمراض الأظافر

الأمراض التناسلية

الطب التجميلي

29 Décembre 2021

Casablanca le :

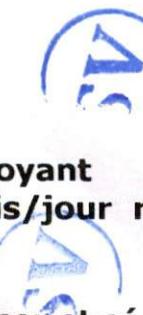
M. BENNANI TARIK

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

49,00

1/ Septidol 5 gel nettoyant

Pour le bain 1 fois/jour rinçer et bien sécher



2/ Sedasteril

pour le bain rinçer et sécher: 1 fois/jour

45,00x2 90,00

3/ Zoovirax crème

5 appl/jour pdt 7 jours

114,00

4/ maelys vitamine C

1 cp le matin au cours du déjeuner pdt 15 jours



1: 293,00

INPE
091018127

Dr. Amina BENNANI
IBEN-BRAHIM
Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique
Tél: 0522 82 53 68 - 06 62 28 49 66

105 مكرر. شارع 2 مارس - اقامة ايمان الخير 1 (زاوية شارع مولاي ابريس الاول) الطابق الثاني - البيضاء

105 Bis, Bd 2 Mars, Résidence AYMAN AlKhair 1 - 2^{ème} étage - Casablanca - Maroc Tél : 0522 82 53 68 - 0662 28 49 05

www.dermatobennaniamina.com - e-mail : dr.bennani@hotmail.fr

ID:648212 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
6 118001 141548

ID:648213 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
6 118001 141548