

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 063997

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3144 Société : M.3095

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben AZIZ AZIZ A

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 77 06 52 51 Total des frais engagés : 699,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/02/2022

Nom et prénom du malade : BART ALI Age: 22 Ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dentite

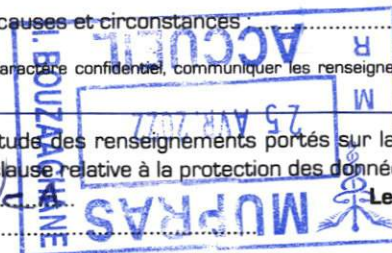
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 17/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
17/02/22	C	C	300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. AHMED CHAFRY 51 Bis Beausejour Hay Raha Rue Banafsaj Tél. 05 72 94 66 84	17/02/22	312,80
	17/02/22	86,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

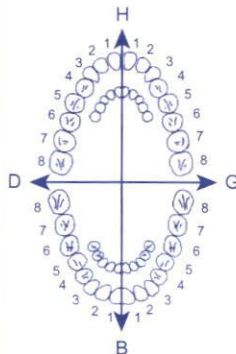
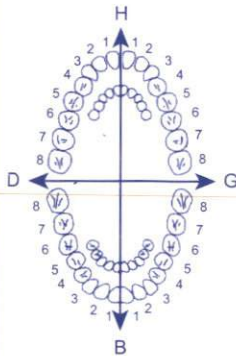
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC

# Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

## الدكتورة مها بناني لحلو

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

17 février 2022

### 1/ ALCASTERIL

comme gel douche

### 2/ KETODERM Sachet dose

2fois par semaine laisser poser 5 minutes et rincer

### 3/ DERMOFIX SOLUTION

1 fois par jour sur les lésions 1 mois

### 4/ NOMYC 150 mg

1cp par semaine pendant 1 mois

Maphar

Bd Alkhalifa N° 6, Q1,

Sidi Bernoussi, Casablanca

Ketoderm 2% gel b8 sachet

P.P.V : 84,20 DH



5 118001 181498

86,70

LOT:219800  
EXP:08/24  
PPV:72DH90

Mr. **BARJ Ali**

**PHARMACIE HIB**

Dr. Ahmed CHAFRY

Hay Raha Rue Banafsaj

51 Bis Beauséjour - Casa

Tél. 05 22 94 99 34

69,00  
84,20  
86,70 x 2  
72,90  
312,80

AM75 0923

LOT PER

Prix 69,00

**PHARMACIE HIB**

Dr. Ahmed CHAFRY

Hay Raha Rue Banafsaj

51 Bis Beauséjour - Casa

Tél. 05 22 94 99 34

86,70

إقامة القصر، عمارة "E"، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور، الدار البيضاء

Résidence du Palais, Imm. "E", Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000

Tél. : 05 22 94 03 13 - الهاتف - Email : drmahabennani@gmail.com - البريد الإلكتروني

I.C.E.: 001927407000026 - I.N.P.E.: 091170431