

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.

M23-009655

168854

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4430

Société :

RAN

Décédé

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Feu El Ward La Rassine

Date de naissance :

Adresse : 100, Angle rue Mohamed EL Haddaoui

Rés La perle Etg 5 App 38 Boulogne

Tél. : 06 67 77 23 33

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

tel: 0522 26 55 77 / GSM: 06

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Venereologue
Angie Bd, Sami Ter Etage - Bourguigue
Rés. Sidi Dr Sijilmassi
Chambre de médecine

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2023

Nom et prénom du malade : EL WARD MARWANE

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DERMATOSE

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

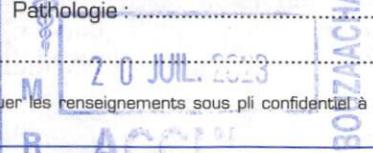
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 20/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



MUPRAS
Pathologie :
20 JUL 2023
R A
BOZZACIANE

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
06.07.2023	CS		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALTAIRIS SAINT-PIERRE	06.07.2023	17150.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

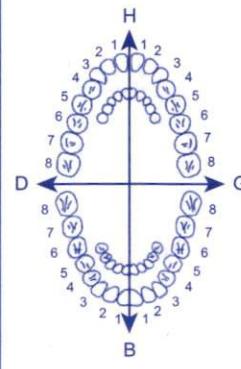
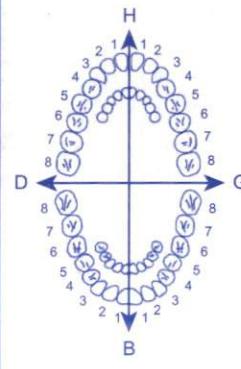
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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 المتنقلة جنسيا – الدسانسية الجلدية

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بيرشتوود نورث

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونوبول

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca - Tel: 0522 36 55 77 / GSM: 06 41 47 09 15
AI OC 5 Sidi Bernoussi M2 Cte Al Bourguiba
Dermatologue AL HAMD

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

06/07/2023

Mr EL WARD Marwane

KETODERM SACHET

1 application par semaine sur corps mouillé: puis rincer

DERMOFIX CREME

1 application par jour sur les lesions pdt 1 semaine

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 18/07/2023

maphar

Bd Alkemia N° 6, QL Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc

KETODERM 2% GEL SAC B8

P.P.V. : 84DH20



6 11800 181490



Dermofix® crème
Sartorius
PROMOPHARM S.A.

6 118000 240259

Dr Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd. TanTan et avenue Dr Sijilmassi
Res. Sami 1er étage - Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 77 / GSM: 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 سجلمامسي (شارع المغارب سابقا). اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوربون - الدار البيضاء

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