

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0055179

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05277 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M GHAFRI NOUREDDINE
 Date de naissance : 26.11.1958
 Adresse : Res. Les collines DAR BOUAZZA
 DAN BOUAZZA
 Tél. : 0661141160 Total des frais engagés : 789,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/01/2024
 Nom et prénom du malade : M GHAFRI Noureddine Age: 65
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dentaire
 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 8/1/24 Le : 08/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019

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
08/11/24	Q		3000	Dr. Ouafae BENHIBA Dermatologue - Vénéréologue Angle Bd. Tan Tan et Avenue Dr. Sijilmassi Rég. Sami 1 ^{er} Etage Appt. 3 - Bourgogne Casablanca Tél: 06.14.21.20.22 - 09.22.36.85.77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/24	489,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

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 و العلاج بالليزر
أمراض و جراحة الجلد و الشعر والأظافر
الأمراض المنقولة جنسيا - الحساسية - الحروق
دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر- بيزنسون
دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونتوبليي
دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le : : الدار البيضاء في

08/01/2024

Mme MGHAFFRI Nouredine

KETODERM SACHET

1 application 2 fois par semaine sur le cuir chevelu pdt 4 semaines
puis 1 fois par semaine pdt 4 semaines
à appliquer sur cuir chevelu mouillé, faire mousser, laisser sécher puis rincer

DERMOVAL GEL

1 application par jour sur le cuir chevelu pdt 1 semaine
sur 2 pdt 1 semaine puis 1 soir sur 3 pdt 1 semaine

DIPROSALIC PDE

1 application par jour sur les lésions

CERAVE BAUME 454G

1 application par jour sur les jambes et coudes

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 22/01/2024

Pharmacie Jardins
DE L'OCEAN BAY SARI AU
Route d'Azemour km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 29
Tél : 399369 - Fax : 32960411

Dr. Ouafae Benhiba
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd Tan Tan et Avenue Dr Sijilmassi
Région de Rabat
R.S. Sami 1^{er} Etage Appt. 3 - Bourgogne
Tél: 06 14 21 20 22 - 05 22 36 55 77

Angle Bd Tan Tan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sami,
1er étage, Appt 3, Bourgogne - Casablanca

Tél: 06 14 21 20 22 / 05 22 36 55 77 - E-mail: drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طابطان و شارع الدكتور سيجلماسي (شارع المنار سابقا)، اقامه سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء
الهاتف: 06 14 21 20 22 / 05 22 36 55 77 - البريد الإلكتروني: drbenhiba@gmail.com