

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-454046

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12704 Société : 2A7
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TOUFALLA NOHAMED
 Date de naissance : 04/01/86
 Adresse : 160 RD BOURBOURNE
 Tél. : 0669909799 Total des frais engagés : 850 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23.08.2019
 Nom et prénom du malade : Toufala Nohamed Age : 33
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Eczéma de contact Vésicule
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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 : 23/08/2019
 Signature de l'adhérent(e) : Accueil Siège/MUPRAS

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

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
21.08.19	C		310,00	INP: 1591193762
11.09.19	Prescrit		600 DA	

[illegible]

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

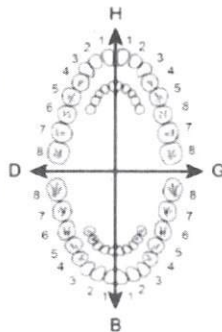
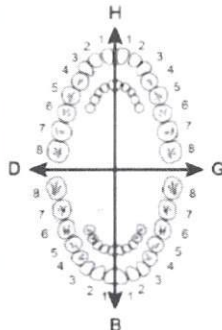
[illegible]

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																								
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	B																											
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 والظافر
الأمراض المنقولة جنسيا – الحساسية – الحروق
دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر – بيزنسون
دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال – مونيولي
دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le : :الدار البيضاء في

23/08/2019

Mr TOUFALLA Mohamed

18,20
ASCABIOL LOTION

*a appliquer sur le corps pdt 24h
a renouveler 3j de suite*

LIPIKAR BAUME AP+

1 application par jour

23,90
DIPROLENE POMMADE

1 application par jour

ENVIROSCAB DE CODEXIAL

pour les habits pdt 8h

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Khaddouj
Tél: 022-36-55-77

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue Vénérologue
Angle Bd. TanTan et Avenue Dr Sijilmassi
Rd. Sami 1er Etage - 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 سيلماسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون – الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - البريد الالكتروني : drbenhiba@gmail.com



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 – مونيولي
دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le : : الدار البيضاء في

11/09/2019

Mr TOUFALLA Mohamed

Note d'honoraire

Actes	Montant
Electrocoagulation des verrues	600,00
Total :	600,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd TanTan et Avenue Dr Sijilmassi
3^{ème} étage, 1^{er} étage - Bourgogne
Casablanca
Tél: 05 22 36 55 77 / Gsm: 06 41 47 09 15

Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sami,
1^{er} 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 سيلماسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الأول، شقة 3، بوركون – الدار البيضاء

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