

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-473278

113451

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12704 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TOUFALLA MOHAMED
 Date de naissance : 04/01/1978
 Adresse : 160 RD BARGOGNE
 Tél. : 0669909799
 Total des frais engagés : 03 DEC. 2019 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2019
 Nom et prénom du malade : TOUFALLA Mohamed Age: 04/01/1978
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermite Séborrhéique
 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 : 11 / 12 / 2019
 Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Ouassila Vénorouche
 Dermatologue - Vénorouche
 Angle Bd. Tantan et Avenue Dr. Sijilmassi
 Rés. Sami 1er Etage - Bourgogne
 Casablanca
 05 22 20 45 45 / Gsm: 06 41 47 09 15

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
14/10/19	Cs	1	250,00	INP : 0911198364 Dr. Ouafae BENHIBA Dermatologue - Vénérologue Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmass Ras Sami Thérèse - Bourgogne Casablanca Tél: 05 22 26 55 77 / Fax: 05 41 47 09 15

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE N°3 1 Av. Abdelkader Bouarfaj RD MG N°320 - Bourgogne Casablanca Tél: 05 22 94 93 39	14/10/19	57,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, 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			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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. Ouafae BENHIBA

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

الدكتورة وفاء بنهبة
اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

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 واللاطافير

الأمراض المنقولة جنسيا - الحساسية - الحروق

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر- بيزنسون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونتبيلييه

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

14/10/2019

Mr TOUFALLA Mohamed

27,30 KETODERM CREME

1 application 2 fois par jour sur les lesions

30,00 LOCATOP CREME

le soir sur les leisons

KERIUM DS CREME

le soir sur le visage

Isaflone DS shampooing DS :
pour la toilette des cheveux

T: 57,30

PHARMACIE NICE
1 Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tél.: 05 22 94 93 39

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd. TanTan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami 1er étage - Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 26 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 سيجلماسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء

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

LOT : 9MA069
PER: 03 2022

KETODERM 2%
CREME T10G

P.P.V : 27DH30



LOT : 9MA091
PER: 12 2021

LOCATOR 0,1%
CREME T30G

P.P.V : 30DH00

