

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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° W19-473278

113L51

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <b>A2704</b>		Société : <b>RAT</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : <b>TOUFAALA MOHAMED</b>			
Date de naissance : <b>04/01/1976</b>			
Adresse : <b>160 BD Bourgogne</b>			
Tél. : <b>066 99 09 799</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>11/10/2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Toufaala Mohamed</b> Age : <b>01/01/1976</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Sémité Bablique</b>			
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 :**

**Signature de l'adhérent(e) :**

**Dr. Ouafaa BENITA**  
**Dermatologue - Vénérologue**  
**Anglo Bd. Tariq Al-Moula - Bourgogne**  
**Rés. Samia 1er Etage - Bourgogne**  
**Casablanca**  
**tél. 05 22 36 55 77 / GSM: 06 41 47 09 15**

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
11/12/2013	Ca	(1)	250,00	INP : 0191198360 Dr. Ouafae BENHIBA Dermatologue - Vénérologue Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi Bab Sami 100-5-899 - Bourgogne

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NICE 1 Av. Mohamed V Bouarfaa Casablanca Tunisie N°3201000 0522 94 93 39	14/10/19	57130

---

**VOLET ADHERENT**

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession					



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 درجة الحلا و الشعر والاظافر

الامراض المتنقلة جنسيا – الحساسية – الحروق

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر- بيرنسون

دبلوم الامراض الجلدية عند الاطفال – مونبولي

دبلوم الامراض 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

Itchotone DS shampooing DS:  
pr 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 Etage - Bourgogne  
Casablanca  
Tél: 05 22 36 55 77 / 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 سليماسي (شارع المغاربة سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون – الدار البيضاء

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

الهاتف : 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77

KETODERM 2%  
CREME T10G

LOT : 9MA069  
PER : 03/2022

P.P.V : 27DH30



6 118000 010920

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G

LOT : 9MA091  
PER : 12/2021

P.P.V : 30DH00



6 118000 012061