

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Prothésaire :

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



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

Déclaration de Maladie

N° R19- 0043882

ND: 30479

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2634 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KERHAWI Abdelmalek
Date de naissance : 06.09.57
Adresse : 62 BD MY ISMAIL APP 22 ETC 5
R.N. :
Tél. : 0689374880 Total des frais engagés : 1018,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/20
Nom et prénom du malade : KERHAWI Solwa Age : 1962
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASAB

Le : 29/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

16/

[illegible]

15/06/20	1. CS	CS	300 -	011	 Dermatología - Venerología Calle Ed. 2 Marqués de Rue Amsterdam 28002 Madrid - Tel.: +34 91 55 22 55 00 00
----------	-------	----	-------	-----	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Résidence H. E. Emue Zola N°10 Imn. E. Bd. Moulay Ismail - Casablanca Tel: 0522.24.25.55	Montant de la Facture
	Date 15.06.20	713,50

 وزارة التعليم والتعليم العالي Ministry of Education and Higher Education دولة فلسطين - Casablanca State of Palestine - Casablanca Tel: 0522.24.25.55	E. Bd. Moulay Ismail - Casablanca Tel: 0522.24.25.55	713,50 15.06.20
---	--	---

[illegible][illegible][illegible][illegible]

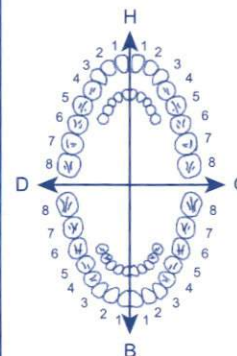
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan

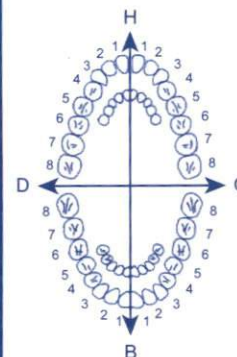
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																													
		<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> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B					
		H		G																													
		25533412	21433552																														
		00000000	00000000																														
D		G																															
00000000		00000000																															
35533411		11433553																															
B																																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																															
		DATE DU DEVIS																															
		DATE DE L'EXECUTION																															

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيكحي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 15.06.2020

Mme KARMANI Salwa

289,00

1 CURACNE 20 mg caps molle Gé : B/30

Une capsule par jour pendant un mois au cours du déjeuner

2 ACM BOREADE STICK LABIAL REPARATEUR

A appliquer plusieurs fois par jour sur les lèvres

3 DEPIWHITE ACTIVEGEL 40 ML

A appliquer le matin et le soir sur le visage

4 GRACIAL

1er comprimé le 1er jour des prochaines règles puis 1 comprimé par jour pendant 22 jours puis arrêt 8 jours puis 2ème plaquette selon le même schéma
A prendre durant toute la durée du traitement et encore deux mois après

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Curacne 20mg cap molle b30
P.P.V : 289,00 DH
6 118001 180721

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam

Casablanca - Tél : 05 22 85 00 00

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
☎ 05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02

I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

hb.benchikhi@gmail.com