

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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° P19-0014230

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société : 40799

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DINA BENAMAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0662373031 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 08 / 2020

Nom et prénom du malade : Benamar Dina Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/8/2020	C	2	350 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/8/20	364,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/9/20	R. gusorkel	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

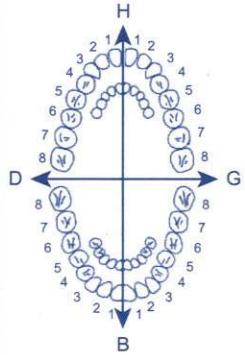
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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"/>		

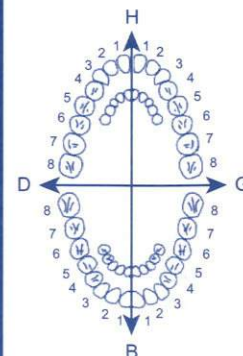
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BACTOSPRAY
LOT: 2003171
EXP: 02/2023
PPC: 138.00DH

Laboratoire ADDAX
France

OSMCO

PPV 116DH40 LOT 01034 2
EXP 02/2022

FLOXAM[®]
Flucloxacilline
500 mg 24 gélules

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al ouam rochet
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
40N5DMP/21ANQ P.P.V: 82,10 DH
6 1001 02059

دور خالدة المنيعي
اختصاصي
أمراض الجلد والشعر
أمراض التناسلية

LOT: 200013
PER: 01-23
PPV: 28,00DH

Cas

الدار البيضاء، في

22/08/2020

MME BENAMAR DINA

-BIOSECURE BIO GEL INTIME

LAVER ET RINCER

GROS ORTEIL

138.00
-BACTOSPRAY

2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

28.00
-COCCIDIN CREME

2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

116.00
-FLOXAM 500 CP

1 CP MATIN ET SOIR PDT 10 JOURS

82.10
-INEXIUM 20mg

1 CP LE MATIN A JEUN

364.50
ONGLES

-VASELINE SALICYLEE 15%

LE SOIR

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وشارع عبد الهادي بوطالب، الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء
هاتف العيادة الثابت: 05 22 90 04 17 - الهاتف/الفاكس: 05 22 89 19 35
E-mail: cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet: 06 69 88 00 95
محمول العيادة:

Pharmacie Unifarm
116 Rue Jilali El Oulfi
Tél: 06 22 98 09 06 - C
Hicham DAMALI

Dr. Khalid LAMNIA
DERMATO-VEENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
Casablanca Tél: 0522 90 04 17



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

CASA.04/09/2020

NOM : BENAMAR
PRENOM : Dina
MEDECIN TRAIANT : DR. LAMNIAI Khalid

Gros orteil gauche F + P

- Absence de lyse osseuse ou d'image suspecte des parties molles .

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rps Anfa 1 - Casablanca
Tél : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Docteur Khalid Lamniai
SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles
Médecine Esthétique

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour
2^{ème} étage N° 7 Hay Hassani Casablanca
Tél. : 022 90.04.17 - Fax : 022 89.19.35

الدكتور خالد المنيعي
اختصاصي

في أمراض الجلد و الشعر
الأمراض التناسلية
طب التجميل

زاوية شارع سيدي عبد الرحمان و طريق أزموور
الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - البيضاء
الهاتف : 022 90.04.17 - الفاكس : 022 89.19.35

03 SEP. 2020

Casablanca, le في الدار البيضاء،

A BENANNI Dina

Rx de ges utér
F et P

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél. 0522 90 04 17

RADIOLOGIE SOCRATE

Dr. BELCADI - Dr BENNANI
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél. 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°01725/20

Casa 04.9.20

Nom & prénom : BENAMAR DINA

Examens	Prix
Rx gros orteil g ; f= p	200.00
TOTAL :	200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux cent dirhams.

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél.: 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA I
Casa. ☎0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087