

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

55963

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022742

Maladie

Dentaire

Optique

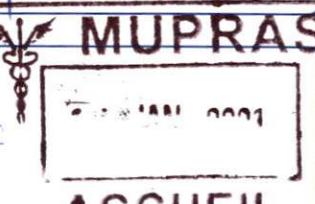
Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9202 Société : RAT -
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Sadiq Abdellah Date de naissance : 24/06/1965
 Adresse : 76 Des Marmares Bv Driss. 1a. Casablanca
 Tél. : 06 61 41 72 89 Total des frais engagés : 520,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/12/2011

Nom et prénom du malade : SADIK Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermologue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16/06/2011

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 14/12/2011

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
04/11/2018	108		300,- 517	R. H. BENCHIKHI Dermatologie - Vénérologie Angle Rue 2 Mars et Rue Amsterdam Casablanca - Tél: +212 05 22 85 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Mme BENJELLOUN Souzi Docteur en Pharmacie 35, Boulevard Alexandre Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca INPE: 092004456 - IFE: 001837636.000.007</p> <p>11/12/2</p>		<p>300, 2</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

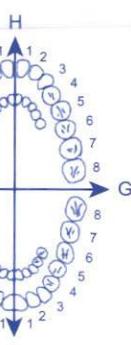
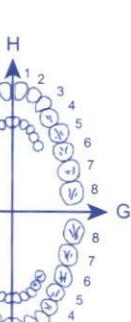
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 حكيمه بنشيخسي

الأمراض الجلدية والتناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 04.12.2020

Mr SADIK Abdallah

1 1 METHOTREXATE BIODIM 25 mg sol inj : 1Amp/1ml

0,6 ml à injecter en IM dans la fesse une fois tous les 15 jours pendant 3 mois

2 DERMAGOR PSOCALM Gel dermo-nettoyant kératolytique apaisant T/250ml

A appliquer sur le corps mouillé, laisser 5 mn puis rincer, visage, corps et cuir chevelu

3 DIPROSALIC pom : T/30g

Faire une application le soir pendant un mois puis un soir sur deux pendant un mois sur les coudes et les genoux

maphar
Km 10, route côtière 111, quartier industriel, Zenata, Ain Sébaâ Casablanca - Maroc
METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1
P.P.V. : 47DH10
6 118 001 181 605

maphar
Km 10, route côtière 111, quartier industriel, Zenata, Ain Sébaâ Casablanca - Maroc
METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1
P.P.V. : 47DH10
6 118 001 181 605

Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tel: +212 05 22 85 00 00

maphar
Km 10, route côtière 111, quartier industriel, Zenata, Ain Sébaâ Casablanca - Maroc
METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1
P.P.V. : 47DH10
6 118 001 181 605

LOT: 646
PER: SEP 2020
PPV: 37 DH 6

Spécialités

PHARMACIE ALEXANDRIE
Mme BENJELLOUN Fouzzi
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
Tel: 00212 86.15.13 - Casablanca
Maladies vénériennes
Dermato-Allergologie
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Residence 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

maphar

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc

METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1
P.P.V. : 47DH10



5 118001 181605

maphar

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc

METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B
P.P.V. : 47DH10



5 118001 181605

maphar

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc

METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1
P.P.V. : 47DH10



6 118001 181605