

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.

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0039127

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09415 Société : RAM (22846)
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HADOUCH Roni
Date de naissance : 27 03 1970
Adresse : YV 136 Boukour Golf City
Tél. : 0661189159 Total des frais engagés : 372,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Aristide
Casablanca - Tél. : +212 05 22 35 0000
Date de consultation : 29/05/2021
Nom et prénom du malade : HADOUCH Roni Age : 48 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Dermatoase
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 : 29 05 / 21
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 039127

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9415
Nom de l'adhérent(e) : HADOUCH
Total des frais engagés : 372,50
Date de dépôt :

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
29/05/21	As		300 24	<p>Dr. H. BENCHEMEL Dermatologue - Venitologie Angle Bd. 2 Mars et Ave. Amstels Casablanca - Tel.: +212 05 22 85</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur DR. HAKKI MOUREDDINE Cité Essalam ADDOHA, GH 5 EL Oufia - CASABLANCA Tél 05 22 89 83 34	Date 29/05/2011	Montant de la Facture 72.50

[illegible][illegible]

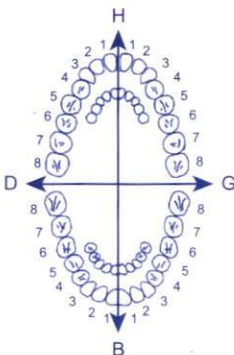
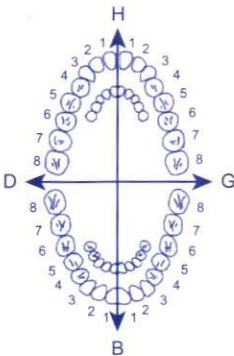
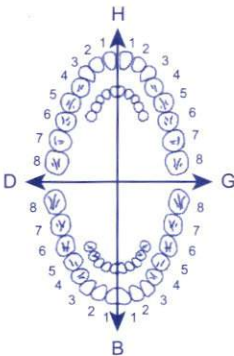
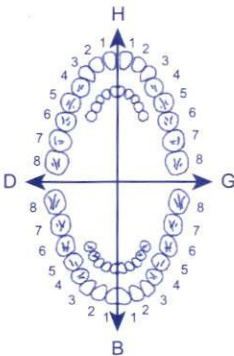
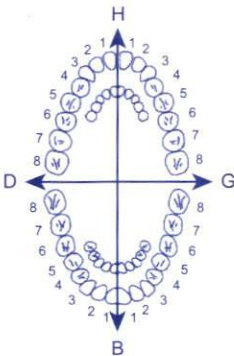
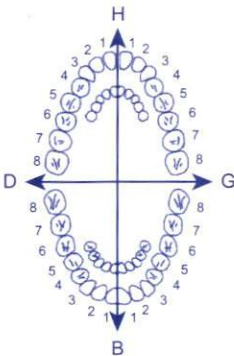
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>					
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>				
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>			
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>			
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			25533412	21433552		00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
	25533412	21433552							
	00000000	00000000							
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			00000000	00000000		35533411	11433553	
	00000000	00000000							
35533411	11433553								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>					
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

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 Enseignant 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 29.05.2021

Enfant HADOUCH Rania

72.50
DIFFERINE 0,1 % crème : T/30g

A appliquer deux fois par semaine pendant 2 mois



DIFFERINE 0,1 %
crème, tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
PPV: 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



72.6
Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél.: +212 05 22 85 00 00

PHARMACIE HAMED RAYAN
Régistrée au Centre Régional de Pharmacie
Imm 07/15 El Qal'at - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 83 34

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