

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-630526

77425

Conjoint

BENCHIKHI 16/2018

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2009

Société :

Amadous YASSO / RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FASSIL Amine ép BENCHIKHI

Date de naissance :

11/04/1956

Adresse :

Habibie

Tél. :

0661711176

Total des frais engagés : 300 + 171 = 771 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Pr. H. BENCHIKHI  
Dermatologie - Vénérologie  
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam  
Bordeaux. Tél: +212 52 85 00 00

Date de consultation :

28/05/2021

Nom et prénom du malade :

FASSIL Amine

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermose

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) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chapitre
27/05/21	10		300	0 H

BENCHIKHI  
Cachet et signature du Médecin  
apposant le Pavillon des Adoas  
INP: Dernier  
Angle Bd. 2 Mars et Bd. Amsterdam  
Casablanca - tel: +212 05 22 85 000

**Dr. BENCHIKHI H**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Marzouq Lahroudi Ecuad-Meguerid doctor en pharmacie 100 route de la gare 92110 Clichy, France	28/05/21	441,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :**

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

SOINS DENTAIRES	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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p><b>H</b></p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>B</b></p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<b>D</b>	<b>G</b>													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<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"/>										

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيخي

الأمراض الجلدية والتناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ... 28.05.2021

Mme FASSIL Amina

1 TERFINE 250 MG BOITE DE 28 CP

Un cp par jour au cours d'un repas principal pendant deux mois

2 MYCODERME CREME

Une application par jour dans les plis grands et petits jusqu'à guérison

3 XEROLYS 50

A appliquer deux fois par jour sur les ongles

4 NEOSTRATA REDNESS SERUM

A appliquer le matin sur le visage, et répéter

5 KERACNYL SERUM X

A appliquer le soir sur le visage

6 Puriphase lotion  
aullide  
7 pebt x 25/25

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam

Casablanca - Tel: +212 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

Dominance Coctr de Yers  
lau x 2/j baupièrs

Endocare crème PdT  
lau (j le m.

MYCODERME® 1% CREME  
Tube de 40 g



6 118000 230151

## MYCODERME® 1%

LOT: 08020082  
PER: 12/2025  
PPU: 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

MYCODERME® 1% CREME  
Tube de 40 g



6 118000 230151

## MYCODERME® 1%

LOT: 08020088  
PER: 12/2025  
PPU: 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Marzouk Lahraoui casa  
distributeur en pharmacie  
Tunis - 1036 - Tunisie  
Tunis - 1036 - Tunisie

LOT 20/11  
PER 12/23  
PPU 199 DH 00

199,00



199,00

LOT 19007  
PER 07/22  
PPU 199 DH 00

Tarfine® 250 mg Promopharm  
Terbinafine



6 118000 242123