

## 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 et mentionner la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'adhérent prioritaire est enregistré pour toute hospitalisation, médecine, chirurgicale, soins dentaires, optiques, extractions multiples, parodontologie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques, ainsi que pour tous les actes effectués en soins.
- 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 remboursements.
- 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'ensemble des documents 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'adhérent prioritaire renseigné par le médecin prescripteur est enregistré avant le début des séances de rééducation.
- 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 canaux, 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 radiographie panoramique est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Projet en charge : [proj@mupras.com](mailto:proj@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 78-17 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** - Centre Alia Ben Abdallah - Adresse Siège social : Rue Mohamed V, 10 - Rue Alia Ben Abdallah - Quartier El Harrage - Casablanca 20200 - Tél : 05 22 22 44 41 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-647434

Dos n°  
81624.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5047** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **LEBBAR Amin**

Date de naissance : **03/01/64**

Adresse : **lebbaramin64@gmail.com**

Tel : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ (Dhs)

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. H. BENCHIKH Dermatologue - Toulon**

Date de consultation : **23 AOUT 2021**

Nom et prénom du malade : **MEHE LEBBAR**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Dermatox**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

Dans le cas où la Maladie serait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent 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 : **Casa**

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-647434

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 : **5047**

Nom de l'adhérent(e) : **LEBBAR Amin**

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_





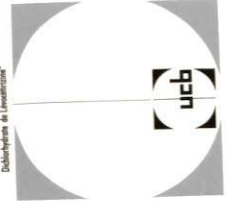
DR. BENCHIKHA  
Pharmacie  
Youssef el Khatib

LOT210210 1

EXP 01 2025

PPV 90 50

**Xyzall 5 mg**  
Baclofène et Lisdexétamine



**Xyzall 5 mg**  
28 comprimés pelliculés



ID: 646979  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH



EXP 01 2023  
Lot 65205

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 05.08.2021

## Melle LEBBAR Samia

### 1 XYZALL 5 mg cp pellic : Plq/28

Un comprimé le matin et le soir pendant 14 jours

### 2 PREPARATION

Kélual émulsion 1 flacon

Dermoval gel 1 flacon

Skinosalic lotion 1 flacon

Appliquer sur tout le corps une fois par jour pendant 10 jours puis une fois tous les 2 jours pendant 15 jours, le matin, ne pas rincer

### 3 DERMOVAL 0,05 % crème : T/10g

Appliquer une fois par jour pendant 10 jours puis un jour sur deux pendant 10 jours puis deux fois par semaine pendant 15 jours sur les lésions

LIPKAR Lait corporel FI pompe/400ml

à appliquer sur le corps après la douche

### 5 CICAPLAST B5 LAVANT 200 ML

Pour la toilette du visage et du corps

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rés «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Cass. Tél: 05.22.21.98.94

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