

# 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 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

- 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.

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- 0050559

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09342 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khakban Abdennasser

Date de naissance : 14-04-1971

Adresse : Lot massim bat 168 N° 13 Casablanca

Tél. : 0619749010 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/2022

Nom et prénom du malade : Khakban Salma Age :

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

Nature de la maladie : Dermite

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/05/2012	G		300,00	<b>Pr. H. BENCHIKHI</b> Dermatologie - Vénérologie Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam Casablanca - Tél. : +212 05 22 85 00 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/05/2012	323,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

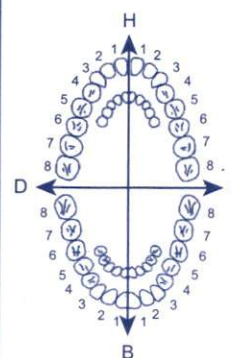
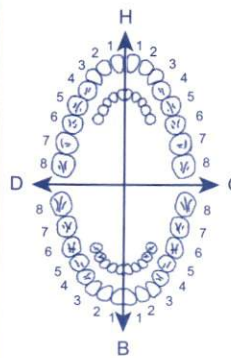
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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 جراحة بنشيكحي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 26.05.2022

Melle KHABBAR Salma

1 CURACNE 20 mg caps molle Gé : B/30

Une capsule par jour pendant un mois au cours du déjeuner

2 ACM BOREADE STICK LABIAL REPARATEUR

A appliquer plusieurs fois par jour sur les lèvres

3 DERMOVAL 0,05 % crème : T/10g

Appliquer une fois par jour pendant 10 jours puis un jour sur deux pendant 10 jours sur les lèvres et le dos

4 BIODERMA SEBIUM NIGHT PEEL

A appliquer le soir sur le visage, commencer un soir sur deux

5 RILASTIL AQUA INTENSE 72 H GEL CRÈME

A appliquer le matin sur le visage, à répéter si besoin

6 GRACIAL

1er comprimé le 1er jour des prochaines règles puis 1 comprimé par jour pendant 22 jours puis arrêt 8 jours puis 2ème plaquette selon le même schéma  
A prendre durant toute la durée du traitement et encore deux mois après

Maphar  
Bd Akkima N° 6 Gl.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 20mg cap molle b30  
P.P.V : 289,00 DH  
6 118001 180721

PHARMACIE OUAOUOUDY  
DR. OUAOUOUDY Hicham  
Im. N°2 - Hay Massim  
Casablanca

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

ID:649072

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:17,40 DH



EXP 11 2023  
Lot 68324

**Dermoval 0,05 % CREME**

Voie cutanée

**NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

**Dermoval 0,05 %**  
PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



**CREME**



ID:649072

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:17,40 DH



EXP 11 2023  
Lot 68324

**Dermoval 0,05 % CREME**

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

**Dermoval 0,05 %**  
PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



**CREME**