

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-664038

119907

<input type="checkbox"/> Maladie	944	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : HALMONY Abdellouf				
Date de naissance : 09.01.1930				
Adresse : Coop/ ACHRAF II - 21. Sidi Daâaouf				
Tél. : 06 98 33 54 57		Total des frais engagés : 660,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Pr. H. BENCHIKHI  
Dermatologie - Vénérologie  
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 85 00 00

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/06/22

### 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
20/06/22	110	300	300	INP : L P.H. BENCHIKHI Dermatologie - Vénérologie Bd. 2 Marsa, 21200 Casablanca Tél. 0212 5379 05 7100

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALI CHRAFI	20/06/2022	300,60
		INPE : 091028167

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire,

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : L
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				PPV: 140,00 Dhs

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433562 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Coefficient des travaux**

**Montants des soins**

**Date du devis**

**Date de l'exécution**

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 بنشيخي

الأمراض الجلدية والتناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

20.06.2022

**Mr HALMONY Abdelmajid**



1 CYTEAL sol moussante : Fl/250ml

Deux bouchons dans 3 litres d'eau tiède, bain de pied pendant 10 mn, puis rincer

2 MEBO



A appliquer deux fois par jour sur les plaies jusqu'à guérison

3 SPECTRUM 500 MG BOITE DE 20 CP



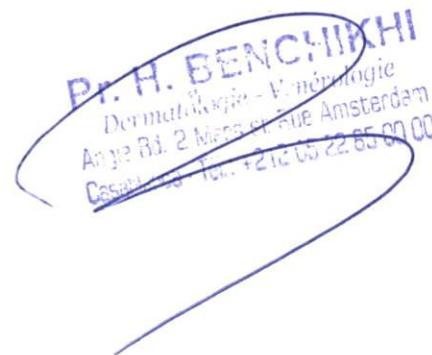
Un cp deux fois par jour pendant 10 jours



### Spécialités

Dermato-Allergologie  
Maladies Vénériennes  
Dermatologie esthétique  
Laser cutané

hb.benchikhi@gmail.com



### 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

valable 3 mois

Le 11.10.2022

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : HALYONY Abdellah

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

**Pr. H. BENCHIKHI**

Dermatologie - Vénérologie

Angle Rue 2 Mai et Rue Amsterdam

Casablanca. Tel : +212 05 22 65 00 00

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca