

MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ales :
servé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
servé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
éalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
us les actes effectués en série.
cident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

tes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

t Biologie :
re ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
onfidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de
elle.

nnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ion :
ente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de
ucations.
le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

e :
cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
gatoire avant le début de traitement.
facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
radio après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

ie 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

: contact@mupras.com
: pec@mupras.com
: 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
ractère 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



ND 37337

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022757

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9702 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SADIK ABDELKHALIL Date de naissance : 26/06/1965
Adresse : 76 Res. Mohammed 'B' Driss 1er Casablanca
Tél. : 06 61 41 72 89 Total des frais engagés : 926,65 DHS Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 09/03/2020
Nom et prénom du malade : SADIK ABDELKHALIL Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dermatoses
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.

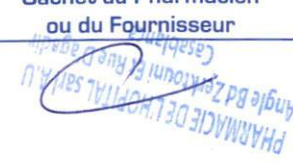
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 16/03/2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
09/03/2020	16		300,00	 <p>Dr. H. BENCHIKH Dentiste - Vénérologie Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam Casablanca - Tél: +212 05 22 85 00 00</p>
			0,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DEL HOSPITAL SAHLIOU Angle Bd. Zekouini et Rue D'Alger Casablanca</p>	03/2020	636,60

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	

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

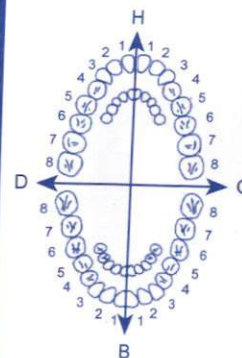
Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6	300,00 94	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien dispensateur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Angle Bd Zerkouni Casablanca	03/2020	636,60

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
		A M	P C	I M	I V	

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH
118001 181605

METHO
25 mg/l
solution
118001 181605

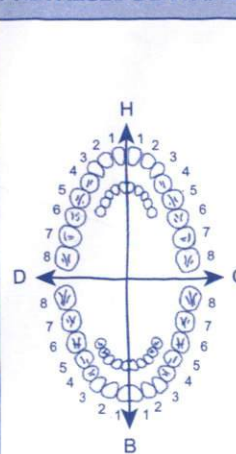
METHO
25 mg/l
solution
118001 181605

METHO
25 mg/l
solution
118001 181605

METHO
25 mg/l
solution
118001 181605



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 حكيمة بنشيكحي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 09.03.2020

Mr SADIK Abdallah

1 **METHOTREXATE BIODIM 25 mg sol inj : 1Amp/1ml**

0,6 ml à injecter en IM dans la fesse une fois par semaine pendnat 3 mois

2 **ACFOL**

Deux comprimés à avaler en une seule prise, une fois par semaine pendant 3 mois, un jour après l'injection

3 **XYZALL 5 mg cp pellic : Plq/14**

Un comprimé par jour pendnat 14 jours

4 **PSORYLIS GEL LAVANT**

Pour la toilette du corps

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

1825 Secalia Uetra

Korimo.

0633439644