

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-569527

51 789

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11471 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ASERRAR MUSTAPHA

Date de naissance : 13/12/74

Adresse : N° 191 Lot HABROUKA SIDI NAAROU CASABLANCA

Tél. : 0666350893 Total des frais engagés : 593,00 DH #

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 : 09/09/22

Nom et prénom du malade : ASERRAR Ahmed Loukman Age : 13

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

Nature de la maladie : Dermatologie

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'ami médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 24/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-569527

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : 11471

Nom de l'adhérent(e) : ASERRAR

Total des frais engagés : 593,00 DH

## 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.



# 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
09/09/2020	a	1	300	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pr. H. BENCHIKHI 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
	09/09/2020	INPE: 091028167
	09/03/2020	293,00

# 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	

# VOLET ADHERENT

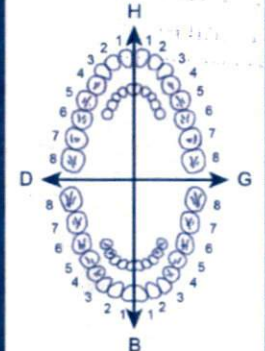
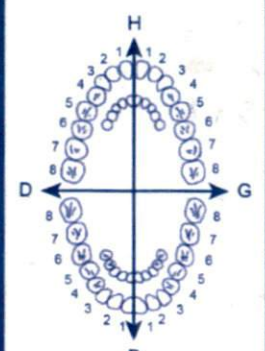
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX



Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

فى ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le 09.09.2020

ASERRAR Amed Loukman

HYDRATION  
Ureadin  
Ultra40

8 g  
tube

Appliquer par jour avec occlusion par pansement le soir pendant un mois

2 URGO DISCRET PANSEMENT 30 PIECES

A appliquer sur les lésions

3 DERMAGOR PAIN PYZN

Pour la toilette du corps, à rincer

4 ONIFINE CREME 30 G

Une application par jour sur les lésions cutanées pendant 15 jours, le soir

5 LOCAPRED 0,1 % crème : T/15g

○ s lésions une fois par jour sur les lésions bmlanches du visage  
puis un jour sur deux pendant 15 jours puis arrêt

LOCAPRED 0,1%  
CREME T/15g

P.R.V : 16DH60



6 118000 010951

Spécialités

Dermato-Allergologie  
Maladies Vénériennes  
Dermatologie esthétique  
Laser cutané

Pr. H. BENCHIKHI  
Dermatologie - Vénérologie  
Cabinet privé

Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca

Residence 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

www.dermagor.fr

Pain Pyzn  
Hygiène préventive

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGIE