

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.

Diagnostic 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

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° M20- 0006569

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **64490** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9399** Société : **RAM**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **AFAKHRI HICHAM**
Date de naissance : **24/07/1971**
Adresse : **N°27 LOT RYAD PARTNERS, ROUTE D'AZZEMMOUR
DAR BOUAZZA, CASA.**
Tél. : **0661109669** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELAHMER Mohammed
Dermatologue - Vénéré
Médecin Assermenté
12, Rue Abdelhak Taj el Dine de Poudouane
Marrakech - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36



Date de consultation : **03/02/2021**
Nom et prénom du malade : **AFAKHRI Hicham** Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Affection Longue Durée**
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 : **CASA** Le : **03/02/2021**


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
03 FEB 2021	C.S.	C.S.	250,00	
19 FEB 2021	C.S.	C.S.		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/02/21	329,70
	19/2/21	397,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/02/21	3/150 + 1/1,10	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

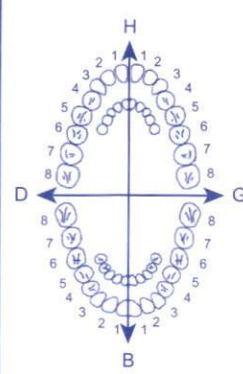
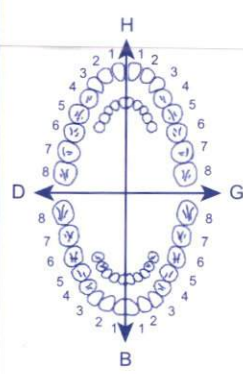
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr BELAHMER Mohamed Fouad

DERMATO-VENEROLOGUE

Spécialiste des Maladies de la Peau

du Cuir Chevelu et

Des Maladies Sexuellement Transmissibles

Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طبيب محلف لدى المحاكم

PHARMACIE LONGCHAMP
Tajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Casa
Tél.: 05 22 36 47 37

Casablanca, le : 19 FFV 2021

N° AFAKHRI Hicham

CANFLUCAN gelule (S.V.) (4)

76,90 1 gelule / Semaine x 4 Semaines

98,00 Alcantard gelule (S.V.) 10 x 2 / A Rincer

174,60 Dermofix crème (S.V.) 87,30 x 2
1 tube de 40g par

49,00 NYCO DERM poudre (S.V.) 1 sachet / 1 des les cheveux

397,90

LOT : 1015
UTAV: 04-23
P.P.V: 76 DH 20

AM72 0623

LOT PER

Prix 98,00

87,30
LOT: 20008
PER: 06/23
PPV: 87 DH 90

87,30
LOT: 20008
PER: 06/23
PPV: 87 DH 90

Dr. BELAHMER Mohamed Fouad
Dermato-Venerologue
Méd. 72, Rue
Tél.: 05 22 99 47 36
des Tribunaux
du Puy de Dôme
Casablanca
LOT: 08220021
PER: 08/2025
PPV: 49,00 DH

Dr BELAHMER Mohamed Fouad

DERMATO-VENEROLOGUE

Spécialiste des Maladies de la Peau
du Cuir Chevelu et

Des Maladies Sexuellement Transmissibles
Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 03 FEB 2021

NE AFAKIRI Hichem

CANAFLECAN gélules 150 mg (4)

1 gélule / semaine x 4 semaines

95,40

Alcastiril gel moussant

1 tube 2 li

98,00

DERMOFIX crème

appliquer la soir sur les
et sur la région génitale.

87,30

HYCOPERNE londre

1 tube 1 li de la chambre

49,00

A Remettre à
3 semaines etc
bilan

T. 329,70

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr NABIL
Docteur en Pharmacie
6, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05 22 99 47 36

72, Rue Abdellah Rajji - Place Du Puy De Dôme
Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 99 47 36

72 زنقة عبد الله رجيح (بيريبي سابقا) ساحة بي دو دوم
المعارف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 99 47 36

LOT : 8001
UT. AV : 01-23
P.P.V : 95 DH 40

87,30

ERME

LOT: 08220001
PER: 02/2025
PPV: 49,00 DH

Dr. BELAHMER
Dermatologue
Médecin Assermenté Pres
72, Rue Abdellah Rajji - Place de Puy de Dôme
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36

Dr BELAHMER Mohamed Fouad

DERMATO-VENEROLOGUE

Spécialiste des Maladies de la Peau
du Cuir Chevelu et

Des Maladies Sexuellement Transmissibles
Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 03 FEB 2021

N° AFAKIRI Hicham

SGT - SGT - YGT -



Dr. BELAHMER Mohammed Fouad
Dermatologue - Vénérologue
Médecin Assermenté Près des Tribunaux
72, Rue Abdellah Rajii - Place du Puy de Dôme
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36



مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand

FACTURE N° : 2102182027

Casablanca le 18-02-2021

Mr Hicham AFAKHRI

Date de l'examen : 18-02-2021

Caisse : **MUPRAS**

INPE :



Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

TOTAL DOSSIER : 180 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams





مختبر التحاليل الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 24-07-1971, âgé (e) de : 49 ans
Enregistré le: 18-02-2021 à 10:30
Edité le: 18-02-2021 à 12:38
Prélèvement : au labo
Le : 18-02-2021 à 10:36

Mr Hicham AFAKHRI

Référence : **2102182027**

Prescrit par : **Dr BELAHMER Mohamed Fouad**

BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/Roche)

Transaminases ASAT/SGOT	21 UI/l	(<40)
Transaminases ALAT/GPT	16 UI/l	(<41)
Rapport ASAT / ALAT	1.31	(>1.00)
Gamma Glutamyl-Transferase (Test colorimétrique enzymatique Roche)	23 UI/l	(10-71)

