

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-631994

par
com

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 72 9383 Société : 79291

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUSTAKI SAMIRA

Date de naissance : 28-03-68

Adresse : la

Tél. : 0661 518554 Total des frais engagés : 910,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-631994

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

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

Royaume du Maroc



MR RAFIK MEZIANI
SECT 09 RES DAR EL ME'JI
N03 APT 23 RUE ROMANE HA
RIAD RABAT
10000 RABAT RP

MM

60000737010

Accusé de Réception

111

Re Réception : 67877010
(N° à appeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré	:	MEZIANI RAFIK
Matriculation	:	93540171 / 090121115
Nom et Prénom Bénéficiaire	:	MEZIANI RAFIK
Lang Bénéficiaire	:	01
Type dossier	:	FUILLIC DE SOINS
Date et heure	:	24/05/2021 14:11
Lieu de réception	:	SAIE 92601
Valeur du dossier	:	910,30
Nombre de pièces	:	6
Code Agent	:	9MCE396
Code Etablissement	:	
Etablissement	:	

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل
حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتراة وأسمائها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى
التعاقدية التي تنتمون إليها في
ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما
عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما)
من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المراجعة.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Meziani Adel : الاسم العائلي و الشخصي :
 N° Affiliation : 179223 : رقم الانخراط :
 N° Immatriculation : 931540171 : رقم التسجيل :
 N° CIN : C214019 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن
 Adresse : 3 Rue dar Mehdi Apt 23 Setif : العنوان
 Rue Amrane Hay Riad Rabat
 Montant des frais (Dhs) : 884 + 26,20 : مبلغ المصاريف (درهم)
 Nombre de pièces jointes : 3100030 : عدد الوثائق المرفقة

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
 الاسم العائلي والشخصي: *Mezian Rafik*
 تاريخ الزيداد: *25/10/13*
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: *CU 4019*
 الجنس: *مذكر*

تعريف الطبب المعالج

N° INP	الرقم الوطني الاستدالي للمريض	
Type de soins	نوع العلاجات	
Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis * : Oui Non
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse : <input type="text"/>
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prévue d'accouchement : <input type="text"/>
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation : <input type="text"/>
		Date d'accident : <input type="text"/>
		Causes : <input type="text"/>

أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه .
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant .

Fait à : Rabat le : 30 03 2021

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (a)

أصريح بمصادقية و صحتها
Je déclare que mon témoignage est sincère et véritable.

244 Av. Omar el-Khatib
Tél: 05 37 68 03 00

INP : Identification Nationale du Praticien
: Cocher la mention utile pour chaque cas

* أضطرب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المحرقة

[illegible]

CIM - 10

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدية أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23.03.21	214,60	Pharmacie du Mali Sentez Dr. KHALID DER Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 00120719000003
23.3.2023	26,80	Pharmacie du Mali Sentez Dr. KHALID DER Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 00120719000003
20/04/2021	22,70	Pharmacie du Mali Sentez Dr. KHALID DER Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 00120719000003
20/04/2021	376,80	Pharmacie du Mali Sentez Dr. KHALID DER Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 00120719000003

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

Laboratoire Arribat Centre:
Appt. 12, Imm. 24, Av. Omar
Ibn Al Khattab, Agdal - Rabat
Tel : 05 37 68 68 09

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Dr Yasser AFIFI

Ex. Professeur de Dermatologie

Diplômé en Dermatologie Esthétique, Lasers, Explorations Fonctionnelles Cutanées

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et au CHU Ibn Sina - Rabat

Résidence Edelweiss Imn 24 - Appt 10 - Avenue Omar Ibn Al Khattab - Agdal - Rabat - Tel/Fax : 05 37 68 09 09

Rabat, le 20/04/2021

Mr Mehdi Rafic

Ass W

① NFS

② trisomie

③ avec, à droite

④ K+

Dr Yasser AFIFI
Professeur de Dermatologie
24, Av. Omar Ibn Khattab, Appt. N°10
Agdal-Rabat
Tél: 05 37 68 09 09

LABORATOIRE ARRIBAT CENTER D'ANALYSES MEDICALES

Docteur CHIHAB WAFAE

Tél: 05.37.68.68.09 -- Fax: 05.37.68.68.09

INPE: 097158711 -- ICE: 001699806000012 -- IF: 33765437

FACTURE: 11054/2021

RABAT le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

21/04/2021
MR MEZIANI RAFIK
15H6
Docteur YASSER AFIFI

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
TRANSAMINASE P/GPT/ALAT/TGP	50
TRANSAMINASE O/GOT/ASAT/TGO	50
NFS.HEMOGRAMME	80
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
GLYCEMIE A JEUN	30
Total du (B)	B 270
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	270,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS


Docteur CHIHAB WAFAE
Rue Al Fathma, Casablanca - Rabat
Tél: 05.37.68.68.09

Dr Y. AFIFI

Ex. Pr

iplôm

ancier

ésidé



Crème
Baycutène® N 15g

Composition : 15 g crème contenant
(corresp.) 0,4 mg de fluocortidone
A conserver à une température inférieure
à 10°C.
Lot : 0443
P.P.V. : 10/10/15

Baycutène® N



Lot

PER

PPV

35 x 25 x 130
g

20/04/2021

Rafic Rafic

Rafic Rafic

blanc

Dr. Yasser AFIFI
Professeur de Dermatologie
2A, Av. Omar Ibn Al Khattab, Appt. N°10
Agdal-Rabat
Tél: 05 37 68 09 09

Dr. Yasser AFIFI

Ex. Professeur de Dermatologie

Diplôme en Dermatologie Esthétique, Lasers, Explorations Fonctionnelles Cutanées

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et au CHU Ibn Sina - Rabat

Résidence Edelweiss, Im. 24 - App. 10 - Avenue Omar Ibn Al Khattab - Agdal - Rabat - Tel.

Rabat, le 20/04/2021

Mr Meziane (Abic)

Methotrexate 25 mg (Sang)

47,2 x 8 1/2 suple / 6000
2 ml

on (Sang) 1 ml / jour

376,8

Dr. Yasser AFIFI
Professeur de Dermatologie
24, Av. Omar Ibn Al Khattab, App. 10
Agdal - Rabat
Tel. 05 37 68 05 09



Methotrexate 25 mg/ml
P.P.V. 47.10 DH
Methotrexate 25 mg/ml
P.P.V. 47.10 DH

Methotrexate 25 mg/ml
P.P.V. 47.10 DH
Methotrexate 25 mg/ml
P.P.V. 47.10 DH



Royaume du Maroc



MR RAFIK MEZIANI
SECT 09 RES DAR EL ME DI
N03 APT 23 RUE ROMANE HA
RIAD RABAT
10000 RABAT RP

00000000000000000000

Accusé de Réception

N° d'expédition : 67877010
(N° à appeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré	:	MEZIANI RAFIK
Matriculation	:	93540171 / 090121115
Nom et Prénom Bénéficiaire	:	MEZIANI RAFIK
Kang Bénéficiaire	:	01
Type dossier	:	FEUILLE DE SOINS
Date et heure	:	24/05/2021 14:11
Lieu de réception	:	SATE 93601
Valeur du dossier	:	910,30
Nombre de pièces	:	6
Code Agent	:	94CE396
Code Etablissement	:	
Etablissement	:	

Dr Yasser AFIFI

Ex. Professeur de Dermatologie

Diplômé en Dermatologie Esthétique, Lasers, Explorations Fonctionnelles Cutanées

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et au CHU Ibn Sina - Rabat

Résidence Edelweiss, Im. 24 - Appt 10 - Avenue Omar Ibn Al Khattab - Agdal - Rabat - Tél/Fax : 05 37 68 09 09

Rabat, le 20/04/2021

Mr Messini Rafic

Ass W

① NFS

② trisomie

③ vit, vitamine

④ K+

Dr Yasser AFIFI
Professeur de Dermatologie
24, Av. Omar Ibn Khattab, Appt. N°10
Agdal-Rabat
Tél: 05 37 68 09 09

LABORATOIRE ARRIBAT CENTER D'ANALYSES MEDICALES

Docteur CHIHAB WAFAE

Tél: 05.37.68.68.09 -- Fax: 05.37.68.68.09

INPE: 097158711 -- ICE: 001699806000012 -- IF: 33765437

FACTURE: 11054/2021

RABAT le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

21/04/2021
MR MEZIANI RAFIK
15H6
Docteur YASSER AFIFI

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
TRANSAMINASE P/GPT/ALAT/TGP	50
TRANSAMINASE O/GOT/ASAT/TGO	50
NFS.HEMOGRAMME	80
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
GLYCEMIE A JEUN	30
Total du (B)	B 270
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	270,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS


Dr. Yasser Afifi
Arr. 12/11/2019
Bou Arr. 12/11/2019 - Rabat
Tél: 05 37 68 68 09

Dr Y. AFIFI

Ex. Pr

iplôm

ancier

ésidé



Crème
Baycutène® N 15g

Composition : 1 g crème contient :
(corresp. à 0,4 mg de dexaméthasone)
A conserver à une température inférieure à 10°C.
Lot : 0.443
Date : 10/01/2010

Lasers, Explorations Fonctionnelles Cutanées
Médecine et au CHU Ibn Sina - Rabat

Avenue Omar Ibn Al Khattab - Agdal - Rabat - Tél./Fax : 05 37 68 09 09

20/04/2021

35 x 25 x 130
9

Prani Rafic

Baycutène® N



LOT :
PER :
PPV :

Résumé clinique
indépendant

blanc

Dr. Yasser AFIFI
Professeur de Dermatologie
2A, Av. Omar Ibn Khattab, Appt. N°10
Agdal-Rabat
Tél: 05 37 68 09 09

Dr. Yasser AFIFI
 Ex. Professeur de Dermatologie

Diplôme en Dermatologie Esthétique, Lasers, Explorations Fonctionnelles Cutanées
 Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et au CHU Ibn Sina - Rabat

Résidence Edelweiss, Imm 24 - Apprt 10 - Avenue Omar Ibn AlKhattab - Agdal - Rabat - Tél.

Rabat, le 20/04/2021

Mr Meziane Rabie

Methotrexate 25 mg (5mg)

47,12 & 8 1/2 suple / dose

2 ml

on 2mg 1mg / dose

376,8

Dr. Yasser AFIFI
 Professeur de Dermatologie
 24, Av. Omar Ibn AlKhattab, Apprt. 10
 Agdal-Rabat
 Tel. 05 37 68 09 09



Methotrexate 25 mg/ml
 P.P.V. 47.10 DH

Methotrexate 25 mg/ml
 P.P.V. 47.10 DH



Dr. Yasser AFIFI
Professeur de Dermatologie
24, Av. Omar Ibn Khattab, Appt. N°10
Agdal-Rabat
Tél: 05 37 68 09 09