

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-799295

184091

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12632

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ADARA TLIASS

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse : Résidence El Cedrus Im 13 App 06

Agad Oul. Datar, Tenua

Tél. : 0613461406

Total des frais engagés : 300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENHAYOUN-SADAFI Thami

IF / 3341411 tp.: 25103022

Al. CNSS : 2331685

ICE : 001679299000025

INP : 10.10.22.473

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/8/2023

Nom et prénom du malade : Ezzar ADARA Lilia

Age : 35 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Dermatologique

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 : Agad le : 26/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-799295

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
8. 2025		1	300,00	INP: 404022472 التهامي بنحويون الصديقي Dr. BENHAYOUN-SADAF IF./ 33414110 : 25103 AF CNSS : 233168

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jardins des Ouled Pharmacien sect 2 ouled niaja 0537 61 45 50-0537 61 45 50	26/08/23	14840 DA
pharmacie Avenue M te. 4	09/09/2023	72,30

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

[illegible]

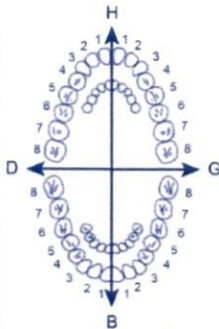
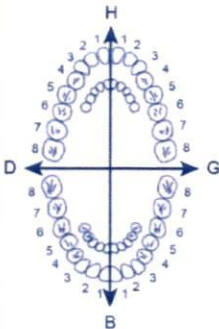
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

**(Création, remont, adjonction)**

DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# CABINET DE DERMATOLOGIE

**Dr. Thami BENHAYOUN SADAFI**

Spécialiste des Maladies de la Peau, du Cuir Chevelu  
et des Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T)

Puvathérapie

Diplômé des Hôpitaux des Armées de Paris

Ex-Maitre Assistant au C.H.U Ibn Sina

Expert auprès des Tribunaux



**الدكتور التهامي بنحيون الصدي**

اختصاصي في الأمراض  
الجلدية و التناسلية و أمراض الشعر  
العلاج بالأشعة فوق البنفسجية  
خريج المستشفيات العسكرية بباريس  
أستاذ مساعد بكلية الطب بابين سينا سابقا  
خبير لدى المحاكم

Rabat, le 26.8.2023

Eufra AOMARA Lilia

108,00

CERAVE creme hydratante

18/11 visage

**Pharmacie Mirador**  
1, Avenue Moulay Abdellah  
Route côtière - Harhoura  
Tél.: 05 37 74 45 45

40,40

HYDRACORT creme

18,40

الدكتور التهامي بنحيون الصدي  
**Dr. Thami BENHAYOUN SADAFI**  
DERMATOLOGUE  
8, Place des Alaouites, Appt 5  
Tél.: 037 70 45 45 - GSM : 06 61 30 13 12

21,90

Pharmacie Mirador

**Pharmacie Mirador**  
1, Avenue Moulay Abdellah  
Route côtière - Harhoura  
Tél.: 05 37 74 45 45

Pharmacie Jams des Gdayas  
Dr. ELAYOUBI FADOUA  
141, Sect. 2, 4000 mlaa - Temara  
Tél: 05 37 61 45 50 - INPE: 102072535

8 ساحة العلويين (مقابل محطة القطار الرباط المدينة) شقة رقم 5 الطابق الأول - الرباط - الهاتف: 05 37 70 45 45 - GSM: 06 61 30 13 12

8 place des alaouites (Face à la Gare ONCF Rabat Ville) Appt5, 1er étage - Rabat - Tél: 05 37 70 45 45 - GSM: 06 61 30 13 12

IF: 3341411 - TP: 25103022 - Af. CN55: 2331685 - ICE: 001679299000025 - INP: 101022473