

## 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 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

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](http://www.mupras.com)



Maladie

Dentaire

N° W21-799295

184091

Optique

Autres

Matricole : 263

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ADARA ILIASS

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse : Residenc. Ri Cedres Jm 13 App 06

Riad Ouled Dafaa Tanger

Tél. : 0613761406

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

دكتور التهامي بنحدون الصدفي Cadre réservé au Médecin

Dr. BENHAYOUN-SABAFI Thami

IF / 3341411 tp.: 25103022

Af. CNSS : 2331685

ICE : 001679299000025

INP : 10.10.22.473

Date de consultation : 26/8/2023

Nom et prénom du malade : Ezzir ADARA 4/10

Age : 04 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie Dematek 12/28/2023

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/2023

### 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.

Matricole :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## RELEVE 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
8.10.23	1		300,00	INP : 101021473 دكتور التهامي بنحیون الصدفي Dr. BENHAYOUN-SADAFI, Tham IF. / 3341411 D. : 25103022 AF. CNSS : 2331685 ICE : 001679299000025

## EXECUTION DES ORDONNANCES

INR: 10.10.22.473

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jardins des Bé ELAY OUBI FAD Pharmacien titulaire 09.08.2023	26/08/23	14845 DAK
Pharmacie Jardins des Bé ELAY OUBI FAD Pharmacien titulaire 09.09.2023	09.09.2023	72,32

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

 $\Delta$ 1 1 2	<b>H</b> 25533412 00000000 00000000 00000000 <b>D</b> 00000000 35533411 00000000 11433553
---	---

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

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**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 الصدفي

اختصاصي في الأمراض

الجلدية و التنااسلية و أمراض الشعر  
العلاج بالأشعة فوق البنفسجية

خريج المستشفيات العسكرية بباريس

أستاذ مساعد بكلية الطب بابن سينا سابقا

خبرير لدى المحاكم

Rabat, le 26.8.2023

Eugr AOTARA Lilia

108,00 - CERAVE crème hydratante  
18,00 Vidafe

10,00 HYDROCORT crème

الدكتور التهامي بنحيون الصدفي  
Dr. Thami BENHAYOUN SADAFI

DERMATOLOGUE

8, Place des Alaouites, Appt. 5  
Tél.: 037 70 45 45 - GSM: 06 13 12

28,00 - Primaderm m/s  
scrub/

Pharmacie Mirador  
1. Avenue Moulay Abdellah  
Route côtière - Herroua  
Tél: 037 70 44 99

8 place des Alaouites (Face à la Gare ONCF Rabat Ville) Appt 5 , 1er étage - Rabat - Tél: 05 37 70 45 45 -Gsm: 06 13 12

INPE: 06 13 12

ساحة الطوبيين (مقابل محطة القطار الرباط المدينة) شقة رقم 5 الطابق الأول - الرباط - الهاتف 05 37 70 45 45

06 13 12

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