

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 :

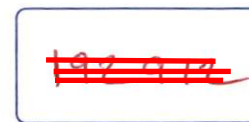
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

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

M23- N° 0037789

☐ Maladie

☐ Dentaire

193820

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1692 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Belkias Michael

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

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

- 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-826040

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11092 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELKAS HICHAM
 Date de naissance : 27/05/69
 Adresse : Coton d'Azur, n°16 Apt Plineville
 Tél. : 679.529.548 Total des frais engagés : 480,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

الدكتور الهادي بنحبيون الصافي
Dr. BENHAYOUN-SADAFI Thami
 IF./ 3341411 tp.: 25103022
 Af. CNSS : 2331685
 ICE : 001679299000025
 INP : 10.10.22.473

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11.11.2023
 Nom et prénom du malade : M. BELKAS Hicham Age : 54.5.69
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Médecine Douleur
 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 : 2024 Le : 23 / 11 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-826040

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 : 11092
 Nom de l'adhérent(e) : BELKAS HICHAM
 Total des frais engagés : 480,60
 Date de dépôt : 31/01/24

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
11/2014		C	300/00	INP: 101022473 BENHAYOUN-SADAF 25103

Dr. BENHAYOUN-SADAFI Thani.
25103022
2341411 tp.: 25103022
2341685

IF: 3341411 tp.: 2510
Af. CNSS: 2331685
ICE: 001679299000025
JNP: 10.10.22.473

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur (Signature) Tél. 05 37 70 77 65 No 204622	Date 18/10	Montant de la facture 11/11/23

Date _____

Montant de la Pacture

Ben Abdellah
05 37 70 77 85
No 204522

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature
du Particien**

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

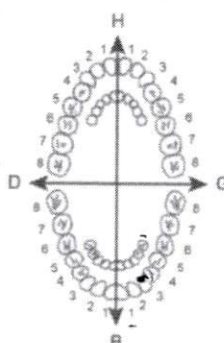
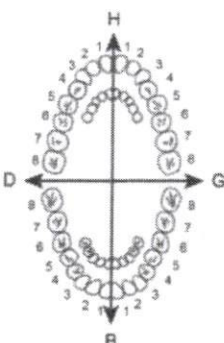
des Honoraires

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 traitements 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT</p> <p>MASTICATOIRE</p> <p>H/CH22 : 572100</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Important :

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

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT

MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAIL

MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

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 بنحويون 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 :

11.11.2023

M. BETHAS
Hichene

26.00 x 2
53.00

1) Skinosolice po-cre

1000mg/200g 2 tubes
0000/200g

1260 x 2

2) Frizexio po-de solyplee
mat et soir n=5 tubes

88.00

9.00 x 2

3) Curke 100g

h) Banocle de 93

الدكتور التهامي بنحويون الصدي
Dr. Thami BENHAYOUN SADAFI
DERMATOLOGUE

8, Place des Alaouites, Appt. 5
Tél.: 037 70 45 45 - Gsm: 061 30 13 12

180.60

ZIADI A SARL

8 ساحة العلويين (مقابل محطة القطار الرباط المدينة) - الرباط - الهاتف: 05 37 70 45 45 - المحمول: 06 61 30 13 12

8 place des alaouites (Face à la Gare ONCF Rabat Ville) - Appt. 5, 8ème étage - Rabat - Tél: 05 37 70 45 45 - Gsm: 06 61 30 13 12

IF : 3341411 - TP: 25103022 - Af. SNSS : 2331885 - ICE: 001679299000025 - INP: 101022473

Composition :

Bétaméthasone(sous forme de dipropionate)..... 0,05g
Acide salicylique..... 3g
Excipients q.s.p..... 100g

Tube de 30g contenant 15 mg de Bétaméthasone sous forme de dipropionate et 900mg d'acide salicylique.
Usage externe

Indications, Contre-indications, Précautions d'emploi et mode d'emploi : voir notice intérieure

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

Tableau A (liste I)

سكينوساليك

بيظامتازون (دپروپيونات)
وحامض الساليسيليك

مرهم

عن طريق الجلد

Skinosalic

30 g

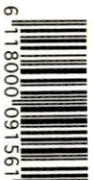
Pommade

38x24x140

LABORATOIRES
PHARMA 5
توليد افلاحي

Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Skinosalic pommade
tube de 30g



6 118000 091561

4

Skinosalic

Pommade

Voie cutanée

30 g

Bétaméthasone (dipropionate)
et acide salicylique.

A17911

26,50

Composition :

Bétaméthasone (sous forme de dipropionate) 0,05g
Acide salicylique 3g
Excipients q.s.p 100g

Tube de 30g contenant 15 mg de Bétaméthasone sous forme de dipropionate et 300mg d'acide salicylique.
Usage externe

Indications, Contre-indications, Précautions d'emploi et mode d'emploi : voir notice intérieure

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

Tableau A (liste I)

سكينوساليك

بيظامتازون (ديپروپيونات)
وحامض الساليسيليك

مرهم

عن طريق الجلد

Skinosalic

30 g

Pommade

38x24x140

LABORATOIRES
PHARMA 5
توليد افلا

Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Skinosalic pommade
tube de 30g



6 118000 091 561

4

Skinosalic

Pommade

Voie cutanée

30 g

Bétaméthasone (dipropionate)
et acide salicylique.

A17911

26,50

سليم ريزين
كو رطباء®

Curtec® 10 mg ○
Cétirizine

30 comprimés sécables

30 قرصا قابلا للكسر

15

م. البشوش - صيدلي مسؤول
عمر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء 82

Curtec® 10 mg
Cétirizine

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®
Cétirizine
10 mg

Voie orale

30 comprimés sécables

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Serghat
C. Bouchouart - 06 79 00 00 00

Cétirizine dichlorhydrate (DCI) 10 mg par comprimé

Selon prescription médicale

Précautions d'emploi : lire attentivement la notice

AMM N° 53/17 DMP/21/NNP

09.17
100282

18x45x97

PPV 880400
EE 07/26
LOT M2461

Curtec® 10 mg
Cétirizine

5

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
C. Bouchoual - Directeur Général

Laprophan

GRISEO® (Griséofulvine micronisée) Pommade dermatique 5%

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

AMM N° 185/19DMP/21

Posologie: 5g conformément à la prescription médicale

الجرعات: حسب إرشادات الطبيب

Voie cutanée
من طريق الجلد

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS - MODE D'EMPLOI - Voir notice

تداعي الاستعمال - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال - انظر النشرة

GRISEO® 5%
Salicylée 5%
Pommade dermatique



6 118000 031598 1

كريزيو® سليسي (كريزوفافين ميكرونيزي) مرهم جلدي 5%

لابروفران

GRISEO® Salicylée

PPV 12DH60
EXP 02/2026
LOT 2N030 1

FORMULE:

Griséofulvine micronisée..... 5 g

Acide salicylique..... 3 g

Excipient q.s.p..... 100 g

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE: Lanoline

Voir notice pour plus d'informations.

السواغ حبيبة كافيّة لـ

تركيبات الدواء:

كريزوفافين ميكرونيزي

حمض الساليسيلي

السواغ الحبيبة كافيّة لـ

السواغ المعروفة بآثارها: لانولين

انظر النشرة المرفقة من المعلومات

Tube de 15 grammes de pommade contient 0,75 g de griséofulvine micronisée et 0,45 g d'acide salicylique

أنبوب المرهم من 15 غ يحتوي على 0,75 غ من كريزوفافين ميكرونيزي و 0,45 غ من حامض السليسي

IMPRIMEPEL 11/20

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Laprophan

GRISEO® (Griséofulvine micronisée) Pommade dermatique 5%

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

AMM N° 185/19DMP/21

Posologie: 5g conformément à la prescription médicale

Voie cutanée

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS - MODE D'EMPLOI - Voir notice

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

GRISEO® 5%
Salicylée 5%
Pommade dermatique



6 118000 031598 1

كريزيو® سليسي (كريزوفافين ميكرونيزي) مرهم جلدي 5%

لابرووان

GRISEO® Salicylée

PPV 12DH60
EXP 02/2026
LOT 2N030 1

FORMULE:

Griséofulvine micronisée..... 5 g

Acide salicylique..... 3 g

Excipient q.s.p..... 100 g

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE: Lanoline

Voir notice pour plus d'informations.

Tube de 15 grammes de pommade contient 0,75 g de griséofulvine micronisée et 0,45 g d'acide salicylique

السواغ المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زقاق الأوداية - الدار البيضاء - المغرب

IMPRIMEPEL 11/20