

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

- 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.

Maladie Dentaire 193820 Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1692 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Belkacem Michael

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

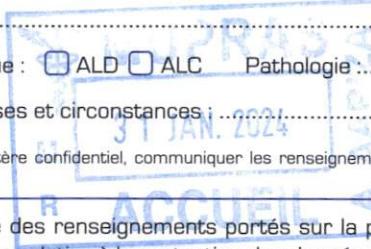


Date de consultation : / /

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

- 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



Declaration de Maladie

N° W21-826040

Maladie

Maladie réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11092

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BELKAS HICHAM

Date de naissance :

27/10/51/69

Adresse :

Lebounian n° 26 apt Dierusville

Tél. :

0679529548

Total des frais engagés : 1000000 4,80,60 Dhs

Optique

Autres

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENHAYOUN-SADAFT 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 :

BELKAS Hicham 27/1/69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie Dentaire

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) : Rer

Le : 23/11/2024

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 : 480600

Date de dépôt : 31/11/24

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
15/10/2013		Cs	300/00	INP : 101028473 BENHAFOUN-SADAF Thal Date : 25103022

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

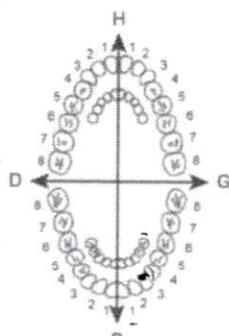
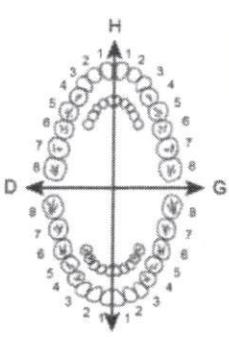
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
ODF PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>33411111</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">H A C M 22 : 5771</td> <td colspan="2">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> </table>			25533412	33411111	00000000	00000000	00000000	21433552	00000000	11433553	H A C M 22 : 5771		COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
	25533412	33411111	00000000	00000000												
	00000000	21433552	00000000	11433553												
	H A C M 22 : 5771		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
			<input type="text"/>													
			<input type="text"/>													
			<input type="text"/>													
[Création, remont, adjonction]		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 التنسالية و أمراض الشعر

العلاج بالأشعة فوق البنفسجية

خريج المستشفيات العسكرية بباريس

أستاذ مساعد بكلية الطب بابن سينا سابقا

خبر لد المحاكم

Rabat, le :

11.11.2023

M. BETKAS
Hichem

26,00
53,00

1260 x 2

88,00

9,00 x 2

1) Boucle de gaz

180,60

1) Skinosolice pour
l'ophtalmoscopy 2 tubes
2) Géode de solylac
mat et soir n°57uk

3) Curcuse 10mg

الدكتور التهامي بنحيون الصدفي
Dr. Thami BENHAYOUN SADAFI

DERMATOLOGUE

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

ZIADI A SARL

8 ساحة الطوبيين (مقابل محطة القطار الرباط المدينة) 12500 - الرباط - الهاتف: 05 37 70 45 45 - المحمول: 05 61 30 13 12

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

IF : 3341411 - TP: 25103022 - AF: CNSS: 2231889 - TCE: 001679299000025 - INP: 101022473

Composition :

Bétaméthasone (sous forme de dipropionate) 0,05g
Acide salicylique 30g
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 infirmière

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

Tableau A (liste I)

عن طريق الجلد

٣٥

مرهم

سکینوسالیک

بيطاملازون (ديبرودينات)
وحمض الساليسيليك

38x24x140

Pommade

Skino[®] salic

30 g

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبر فارما ٥

Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
Yasmine L'AHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Skino[®] salic pommade
tube de 30g
6 188000091561

4

30 g

voie cutanée

A17911

26,50

Skino[®] salic

Pommade

Bétaméthasone (dipropionate)
et acide salicylique.

Composition :

Bétaméthasone (sous forme de dipropionate) 0,05g
Acide salicylique 30g
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 infirmière

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

Tableau A (liste I)

عن طريق الجلد

٣٠ غ

مرهم

سکینوسالیک

38x24x140

Pommade

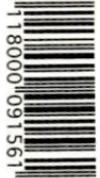
SkinoSalic

30 g



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
Yasmine L'AHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

SkinoSalic, pommade
tube de 30g
6 188000091561



4

SkinoSalic

®

Pommade

voie cutanée

26,50

A17911

كُورٌ طَبِيلٌ[®]

سيتيريزين

عن طريق الفم

10 ملخ

قرصا قابل للكسر

بـ ٤٢، شارع الكارديناط، بيت الدين،
منطقة بيروت - لبنان

Curtec® 10 mg

Cétirizine

30 comprimés sécables



Curtec® 10 mg

Cétirizine

Curtec®
Cétirizine
10 mg

30 comprimés sécables

18X45X97

Curtec® 10 mg
Cétirizine

voie orale

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

bottu 5.2
82. Allée des Caurions, Ann Arbor, Géorgie
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Cétirizine dichlorhydrate (DCI) 10 mg par comprimé

Salon prescription médicale

Précautions d'emploi : lire attentivement la notice

AMM N° 53/17 DMP/21/INP

