

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0049450

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00583 Société : RAM 14.4.65  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AMINE ABDELLAH 164397  
Date de naissance : 01.1.1940  
Adresse : HAY MLY ABDELLAH Rue 132 n° 52 AIN CHOK  
Tél. : 06 50 00 538 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BENCHEKROUN DRISS Cardiologue  
RÉS. BEN OMAR - RUS. BEN HAFISS - MAR 68  
MAAGIF - CASABLANCA - Tél. : 05 22 25 06 06 / 05 22 25 07  
INPE N° : 091021618  
Date de consultation : 01 JUN 2023  
Nom et prénom du malade : FTAILI Fatma Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA - Hypertension  
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) :



# 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
01 JUN 2023	G2 + EV		300,00	Dr. BENCHEROUN DRIES Cardiologue RÉS. BA LOMAS - RUE BENI MENEZ - 10M 48 MAGASIN - CASABLANCA - TEL : 05 22 23 00 00 / 05 22 22 22 57 INPE N° : 091021518

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
506, P. M. KHALIL Pharmacie AL KHALIL Tél: 05 22 52 82 67 Ain chow - Intra Hoy Mly. Abdallah	1/6/23	1558,15

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H															
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **BENCHEKROUN DRISS**  
DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE  
**CARDIOLOGUE**  
DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES  
DE CARDIOLOGIE  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور بن شقرون ادريس  
خريج كلية الطب بتولوز  
اختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين  
بالمسعاد



Casablanca, le .....

01 JUIN 2023

الدار البيضاء في

Dr. FTAÏLI  
Fatna



294,00 x 3

Coveram 10/10 14/1

34,60 x 3

Lanip 40 1/2 14/1

50.70 x 3

Cardasiel 2,5 14/1

99,00 x 3

LD Nor 20 14/1

27.70 x 3

Cardio spume 100 14/1

113.20 x 3

Hypericum 14/1 m

1858,50

trait de 3 mois a L

Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
RES. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA  
Tél. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67  
INPE N° : 091021618

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء  
RÉSIDENTE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA  
TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENGE : 06.61.14.46.25  
Email : benchekroundriss@hotmail.com





6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT : 22E018  
PER: 10 2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E016  
PER: 09 2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E016  
PER: 09 2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



6 118001 090280

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

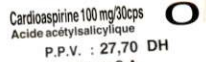


6 118001 090280

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280



6 118001 090280



6 118001 090280

96202160246

7862160246

7862160246

14010033



6 118001 130023

**HYPERIUM 1 mg** - O  
Boite de 30 comprimés  
PPV : 113,50 DH  
Servier Maroc - Casablanca

14010033



6 118001 130023

**HYPERIUM 1 mg** - O  
Boite de 30 comprimés  
PPV : 113,50 DH  
Servier Maroc - Casablanca

14010033



6 118001 130023

**HYPERIUM 1 mg** - O  
Boite de 30 comprimés  
PPV : 113,50 DH  
Servier Maroc - Casablanca



→ 294,00



→ 294,00



→ 294,00

LOT : 230589  
EXP : 03/2026  
PPV : 99,00DH

LOT : 230589  
EXP : 03/2026  
PPV : 99,00DH

LOT : 230589  
EXP : 03/2026  
PPV : 99,00DH