

# 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- 0048389

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01903 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Benallel Abden Abdouahman  
 Date de naissance : 23/11/1956  
 Adresse : hahituelh  
 Tél. : 0661067711 Total des frais engagés : 981,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 13/07/2023  
 Nom et prénom du malade : BENALAL Abden Age: 67  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dabla 11/10/2023  
 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 : CASA Le : 27/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
13/07/23	2	300 DM	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية إفني PHARMACIE IFNI Dr. ALAMI Karima Tél: 022 44 91 66 PHARMACIE DU CAF Dr. Hind Benroussa 1 Rue Al Okhwar Tél: 05 23 39 8'	13/07/23	281,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mustapha 201, Boulevard Zerkouni Tél: 05 23 36 01 80/74 Fax: 05 23 36 01 80/74 Gsm: 06 23 77 74 11	13/07/23	500	400 DM

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Coefficient DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/> </div> <div> <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/> </div> </div>			
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>			
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>            25533412            00000000         </div> <div> <b>G</b>            21433552            00000000         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>D</b>            00000000            35533411         </div> <div> <b>B</b>            00000000            11433553         </div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMED LOT : 4329  
UT.AV: 05-26  
PPV:21DH00



Facture N° FAC-14921

Date : 03/10/2023

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
DOLIPRANE CO VITAMINE C 500MG B16 COMP EFFER	1	18,00	18,00
FEBREX ST POUDRE POUR ADULTE B8 SACHETS	1	21,00	21,00
ASPIRINE CO DEROL + VIT C B20 COMP	1	11,30	11,30

Total Organisme	0 DHS
Total Client	50,30 DHS
Total	50,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante DHS et trente centimes

Benaffal Ashdan  
Najak  
PHARMACIE DU CAF  
Dr. Hind Benmoussa  
1 Rue Al Okhouar  
Tél : 05 22 39 87





122,80

ZYRDOL 500. 20 comprimés pelliculés

PRJ 29DH00

EXP 11/2025  
LOT 29028 3

NET HÉPATO-GAST

DOCTEUR



Diplômé de la faculté de médecine de D.

Diplômé

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE pitié-SA

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ

Fibroskopie • Coloscopie • PROTOCO

ECHOGR

54,70

74,80

Mme BENALLAL Najat

Casablanca le, 13/07/2023



29,00

Zyrdol 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)

14,80

Sepcen 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)

54,70

Mebeverine forte

1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 02 jour)

122,80

ESAC 40

1 comprimé le soir au coucher (pendant 02 semaine)

صيدلية إفني  
PHARMACIE IFNI  
Dr. ALAMI Karima  
Tél. : 022 44 94 66صيدلية إفني  
PHARMACIE IFNI  
Dr. ALAMI Karima  
Tél. : 022 44 94 66Dr. ELYOUNES MUSTAPHA  
H.C. Spécialiste Entérologue  
20, Bd Zerkouni - Entérologue  
Boulevard Zerkouni  
Tél. : 05 22 36 01 74  
Fax : 05 22 36 01 74  
Gsm : 06 23 77 74 11



# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE BEAUJON, BICHAT - PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • PH-métrie oesophagienne

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

## Bon de règlement

Mme, Melle, Mr : BENALLAL - Najet

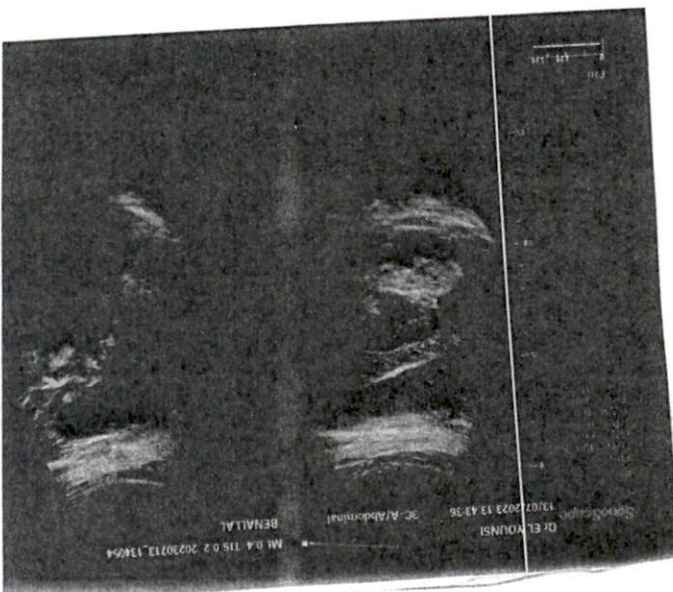
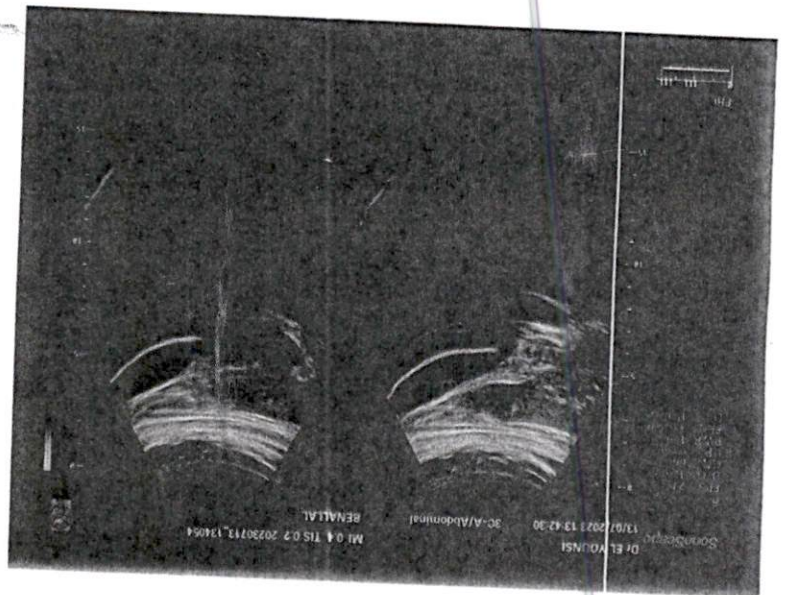
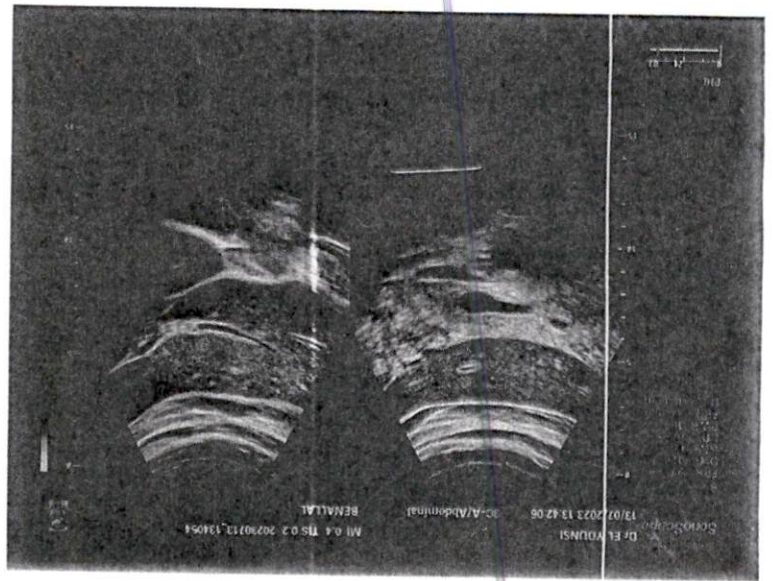
Acte : Echographie Abdominale.

Montant : 400 DH

Date : 13-02-2023

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA  
Hepato Gastro Entérologie  
203, Boulevard Zerkto  
Tél: 0522 36 01 80/7  
Fax: 0522 36 01 74  
0522 77 74 11







# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de PARIS

Diplômé universitaire des hépatites virales

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX de pitié-salpêtrière BEAUJON, BICHAT - PARIS

Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE de GASTRO-ENTÉROLOGIE

Fibroskopie • Coloscopie • Protocologie • PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Mme BENALLAL Najat, 59 ans

Casablanca le, 13/07/2023

### Clinique

Douleur de la FIG

### Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.  
Vaisseaux hépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Aérocolie importante.

### Conclusion

Examen Normal

Dr EL YOUNSI MUSTAPHA  
Hépatogastro-entérologue  
203, Boulevard Zerkouni  
Tél: 0522 36 01 80  
Fax: 0522 36 01 74  
Gsm: 0623 77 74 11