

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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)



ND: 14054

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017854

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2769 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENJIL DRISS Date de naissance :  
Adresse : 38 rue Sidi Jateh impasse El habacha (A.M.)  
Tél. 2522 47 57 45 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BENJIL DRISS Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué par 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) :





# 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
			250DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PRAT 357 Bd Tahar Azaoui 0522 26 47 94 - CASABLANCA	02/10/19	288100

## 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
		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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
					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



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

**Dr. Abdelkhalek CHOULADI**  
**CARDIOLOGUE**

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé d'Echographie - Doppler Cœur et Vaisseaux



**الدكتور عبد الخالق شولادي**  
**طبيب القلب**

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي  
خريج كلية الطب بباريس  
الكشف بالأمواج مافوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca le : 02.10.2018 : الدار البيضاء في

3mm  
BENJEL DRIS

205.00 x 3

762.60 x 4

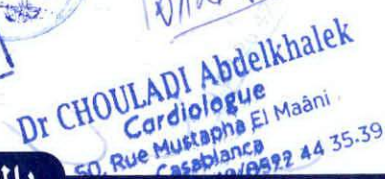
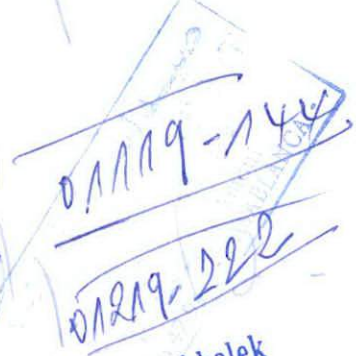
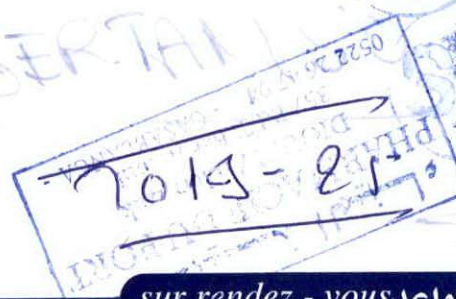
3070 x 4

21300 x 4

59.00 x 3

11060 x 3

2881.00



sur rendez - vous بالمواعيد

50. زنقة مصطفى المعاني ( مقابل متجر الرياض ) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 49 49 / 05 22 44 35 39  
50, Rue Mostapha El Maâni - ( en face Centre Riad ) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49

# BENJIL DRISS

1- APROVASC 300mg/10mg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 300mg/10mg B26  
Cp Pel  
PPV : 209,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 300mg/10mg B26  
Cp Pel  
PPV : 209,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 300mg/10mg B26  
Cp Pel  
PPV : 209,00 DH

2- INILASE 75mg

PPV 213DH00

PPV 213DH00

PPV 213DH00

PPV 213DH00

3- LD-MOR 20mg

UT AV : 07/2021  
PPV: 99,00DH

UT AV : 07/2021  
PPV: 99,00DH

UT AV : 07/2021  
PPV: 99,00DH

4- NIBILET

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 162DH60

5- KARDEGIC 75mg

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 19E003  
PER: 04 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 19E003  
PER: 04 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 19E001  
PER: 10 2020

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 19E003  
PER: 04 2021

6- SERTAM 50mg

PPV 110.60 DH  
LOT P218 PER 10/22  
(R)

110,60

110,6