

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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.

Le contrôle radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladies Chroniques et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

## Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com  
En charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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



60933

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007684

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1903 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : Smellal Akhda Date de naissance : 23/11/1956  
 Adresse : habituelle  
 Tél. : 0661 0677 11 Total des frais engagés : 659 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN M. KAMAL  
 Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux  
 Diplômé en Médecine du Sport de Rennes  
 Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
 Résident en Cardiologie à Casablanca  
 Tél : 05 22 20 45 45 - 05 61 07 74 20

Date de consultation : 23/11/2021  
 Nom et prénom du malade : MOUJIB Nafar  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cardiopathie  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

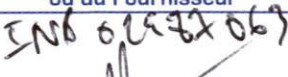
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 23/11/21  
 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
01/11/87	4 BB		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  <b>PHARMACIE NADIR</b> Rue N° 3 Hay Arraha N° 19 Ste. Del Jadida - Casablanca	Date 02.02.2021	Montant de la Facture 450,00 DH

[illegible][illegible]

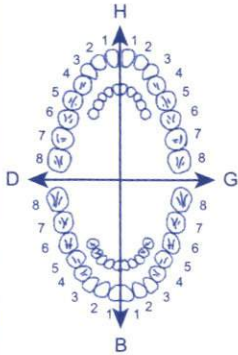
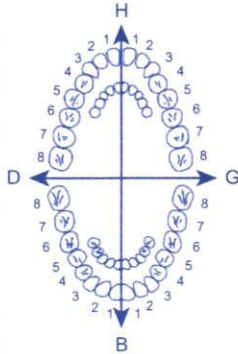
[REDACTED]

# RÉLEVÉ 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.

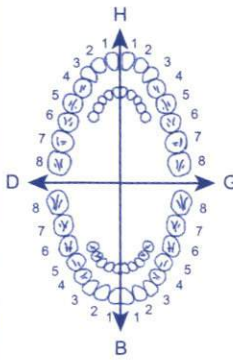
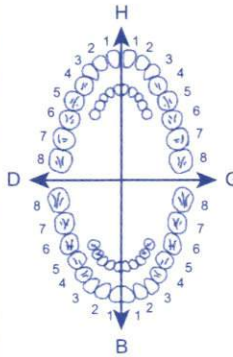
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

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

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	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div></div></div> <div><div>00000000</div><div>35533411</div><div>B</div></div> <div><div>00000000</div><div>11433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA



**DR. BENJELLOUN El MOSTAFA KAMAL**  
Omnipraticien

Diplômé en Diabétologie et Nutrition  
de l'Université de Bordeaux

Membre de la Société Francophone  
de Diabétologie (SFD)

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômé en Médecine de Sport  
de la Faculté de Médecine de Rennes

Electrocardiogramme

Résidence El Mansour N° 12 - Bd. Ghandi  
Cabinet : 05 22 36 78 77 - Casablanca

Urgence : 06 61 32 74 20

الدكتور **بن جلون المصطفى كمال**  
طبيب عام

حاصل على دبلوم مرض السكري والتغذية  
من كلية الطب ببوردو

عضو في الجمعية الفرنسية  
لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بمونبلي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي  
من كلية الطب ببرين

تخطيط القلب

إقامة المنصور رقم 12 - شارع غاندي  
العيادة : 05 22 36 78 77 - الدار البيضاء

مستعجلات : 06 61 32 74 20

CASABLANCA, LE ..... في ..... الدار البيضاء

*Nourir Najat*

138,30

*Argentine Bobo 32*

*25 + 5/1 + 21*

79,70

*Plus 21 + 21*

*25,00*

25,00

*49,60*

49,60

AMM N° : 570/17 DMP/21/N

LOT: 18294  
PER: 04-2021  
PPV: 102,00 DH

**PHARMACIE NADIR**  
Pue N° 3, BP Arraha N° 09  
Rte d'el laouda - Casablanca  
Tél : 05 22 36 78 77

**DR. BENJELLOUN El MOSTAFA KAMAL**  
Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux  
Diplômé en Médecine de Sport de Rennes  
Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca  
Cabinet : 05 22 36 78 77 - Urgence : 06 61 32 74 20

E-mail : drkamalben@yahoo.fr

SURGAM 200 MG  
CP SEC B20  
P.P.V : 56DH40

LOT : 08M145  
PER : 05/2021  
6 118000 060857

102,00

450,00 D4

Ben Chir Zoung  
10000 avant  
le jour

**DR. BENJELLOUN M. KAMAL**

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux

Diplômé en Médecine du Sport de Rennes

Diplômé en Echographie Générale de Montpellier

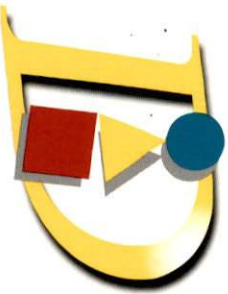
Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghannouchi Casablanca

Tél.: 05 22 36 78 77 Gsm: 05 64 12 74 20

3 أمبولات للشرب

د-كابر<sup>®</sup> قوي

كوليكا السيفيرول 100 000 وحدة دولية  
فيتامين D3



محلول زيتي للشرب

PPV :

LOT : 49,60 DH  
18F07/B

EXP : 06/2021



6 118001 320103

# زيتروماكس

أزيتروميسين



**500 mg / 3 أقراص**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 9 1 8

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 0 3 9 6 4 3 1

79/70

09366030/4

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN®** 500<sub>mg</sub>/62,5<sub>mg</sub> Comp

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent  
être avalés de préférence au début des repas

PPV: 138,30 DH  
LOT: 585779  
PER: 02/20

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

25,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

# Drill

Toux sèche

**ADULTES**

sans sucre