

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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



# Déclaration de Maladie

N° M21- 0014491

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

66582

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN SAAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 20240 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN DAKHMA 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, 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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-014491

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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
- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benjelloun Saad

Date de naissance :

01/04/1984

Adresse :

Amzat

Tél. : 0628 025601

Total des frais engagés : 2600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Allal BERRADA  
Cabinet de Cardiologie  
Patente : 25109667  
CNSS : N° Affiliation : 1300251  
Autorisation d'Exercice : 7073 / 1986

Cachet du médecin :

Benjelloun Allal

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Benjelloun Allal

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie Ischémique

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 : 14/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

Benjelloun Allal

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14.01.2021      | C                 |                       | gfa tr                          | <i>Praticien : Dr. BERRADA<br/>Bureau : Cabinet de Prothodontie<br/>CNSS : N° Affiliation : 25103857<br/>Patente : 1300254<br/>Sécurisation d'Expertise : 107311986</i> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>PHARMA : 102037714<br/>42, Rue Patrice Lumumba<br/>RABA7<br/>0537768317 053778425</i> | 14.01.2021 | 262PI                 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

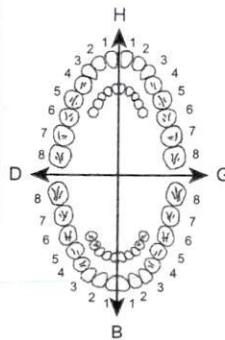
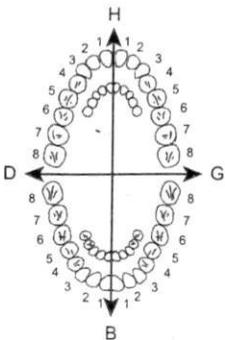
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### 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 |   |
|---|--|---|-------------|---|
|  |  |   |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|   |  |   |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|   |  |   |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|   |  |   |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| <b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>                                     |   |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|   | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | D<br>00000000<br>00000000<br>B<br>21433552<br>00000000<br>11433553                              |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|   |  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |             |   |
|   |  |   |             | <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   |

## Docteur Allal BERRADA

Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
Ancien Professeur à la Faculté  
de Médecine de Rabat  
Cabinet de cardiologie et d'explorations  
cardiovasculaires

INP 101032860

## SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور علال برادة

أستاذ (ساق)

كلية الطب بالرباط

الطب المختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

المعاد

Rabat, le 14.01.2021 : الرباط، في

7- GENJELLOON DAWAQA 8ccd

~~57,70x2  
115,40~~ - Cor dussiel 2,5ug 141)

~~MU 110 x 2  
2000~~ Crestor Sing ect)

less long, a million boy

~~150~~ 300

180 P  
F 2030073

**PHARMACIE DE LA MARNEL**  
42, Rue Patrice Lumumba RABAT  
Tél.: 0537 76 83 11-0537 76 42 5  
**INPE : 102037744**

Professeur Allal BERRADA  
Cabinet de Cardiologie  
Patiente : 2510987  
N° affiliation : 80051

Patente: 25109557  
CNSS: N° Affiliation: 1300251  
Expiry: 10/073 / 1385

الرباط - قرب الولاية - سليمان مولاي شارع وسوسه تازووية "C" مدخل - عمارة مولاي اسماعيل

Résidence Moulay Ismaïl - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat

الفاكس : Fax : 05 37 72 01 96 - الهاتف : العناية : 05 37 70 88 33 - تل : Cab. : 05 37 70 88 11 - ميدايل إنتر : 3 - أنجي روك سوسا و الشارع : مولاي إسماعيل ( أمام مسجد العزيزية )

العنوان : Fax : 05 37 70 88 11 / 05 37 70 88 33  
 البريد الإلكتروني : E-mail : aberrada01@gmail.com - Urgences : Clinique Agdal-Rabat : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77

6 118001 130160

30 comprimés  
**DIAZOCRON® 60 mg**

SERVICE MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVICE MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

SERVICE

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
القائمة الأولى، حسب المذكرة الطبية

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

**DIAZOCRON® 60 mg**

04/14

242600030-02

6 118001 130160

30 comprimés  
**DIAMICRON® 60 mg**

SERVICE MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVICE MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

SERVICE

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
القائمة الأولى، حسب المذكرة الطبية

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

**DIAMICRON® 60 mg**

04/14

242600030-02

6 118001 130160

30 comprimés  
**DIAZOCRON® 60 mg**

SERVICE MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVICE MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

SERVICE

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
القائمة الأولى، حسب المذكرة الطبية

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

**DIAZOCRON® 60 mg**

04/14

242600030-02

Exp.:  
Lot:  
Fab.:

05/2023  
600MCC  
06/2020



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER  
كاردونسیل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح لدى:  
- المرأة اهلة لالادة في سن  
الانبعاث دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة  
- المرأة الحامل، الا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي



6 118001 100859

6 118001 100859

Corr



Cardensiel 2,5mg B30

PPV: 50,70 DH

7862160238

Exp.:  
Lot:  
Fab.:

05/2023  
600MCC  
06/2020



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

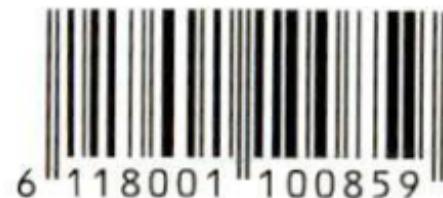


CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER  
كاردونسیل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح لدى:  
- المرأة اهلة لالادة في سن  
الانجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة  
- المرأة الحامل، الا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي



6 118001 100859



6 118001 100859

Corr



Cardensiel 2,5mg B30

PPV: 50,70 DH

7862160238

**FORTÉ PHARMA**  
LABORATOIRES

# LIXIFOR



> ACTIFS 100%  
D'ORIGINE  
NATURELLE

**1 SEULE GÉLULE  
PAR JOUR**



15 gélules - **Sans gluten**

Complément alimentaire

Lot/À consommer  
de préférence avant

1023

LOT

PER

Prix

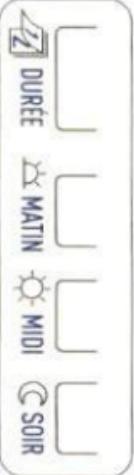
89,50

3 700221 339503

89,50



LOT 191188  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

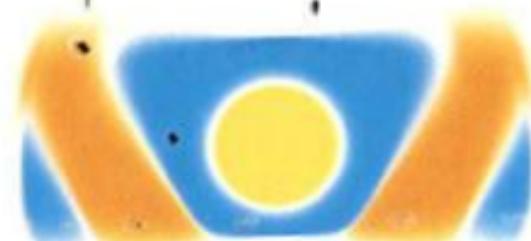
14 x

**ODES**<sup>®</sup>  
oméprazole



20 mg  
Voie orale

  
**COOPER**  
PHARMA



**CRESTOR®**

rosuvastatine

**5 mg**

30 comprimés  
pelliculés

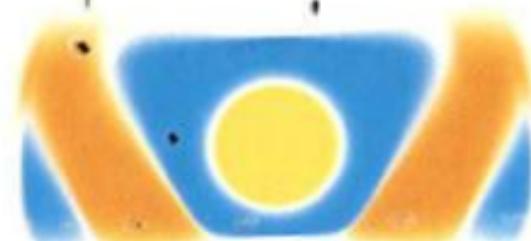
Voie Orale

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH



5118001 183104

AstraZeneca



**CRESTOR®**

rosuvastatine

**5 mg**

30 comprimés  
pelliculés

Voie Orale

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH



5118001 183104

AstraZeneca