

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 canaux, 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 canaux.

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

N° P19- 062167

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1774 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 193401
Nom & Prénom : BENZAKOUR Wafa
Date de naissance : 04/03/56
Adresse : Résidence Garden City 14, APP. 10
Dar Bonassia
Tél. : 0661374583 Total des frais engagés : 744,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2024
Nom et prénom du malade : BENZAKOUR Wafa Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Breveté de 2ème classe de la police nationale
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 FEB. 2024

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
22/1/24		1	153	<i>[Signature]</i> Echographie Médicale de Spé Rés. Nakhla, Im. 5, Apt. 2, El Oud Sidi Bernoussi - Casablanca GSM: 07 42 78 58 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/1/24 594140

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

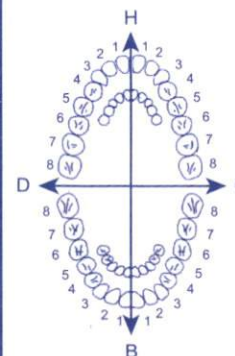
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

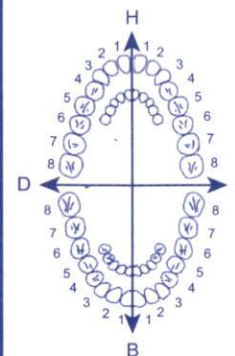
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Dr Adil BEKKALI

Diplômé de la faculté de Médecine de Sousse

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplômé de Médecine de Sport

De la Faculté de Rennes

الدكتور عادل البقالي

خريج كلية الطب بسوسة

الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير

بالأمواج فوق الصوتية من كلية مونتبلييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

BENZAKOUR wafa

Casablanca, le : 22/01/2014

90.50

ceftriaxone 250

40.00

Effiprest 200

3 cp de nol

R

Fluipon 400

76.20

2 pulv de nol

voltaren 50

1 cp de mir

45.00

zavira 400

140.00 + 99.00

cedex 400 2

63.30

1 cp de mir

Ballem 1

40.40

2 pulv de nol

netrosyl 1

594.40

1 cp de mir

Résidence Nakhil Imm.5 Appt N° 2 Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca - Tél/Fax: 07 62 76 58 06

إقامة النخيل عمارة 5 الشقة 2 حي القدس سيدي البرنوصي الدار البيضاء - المحمول: 07 62 76 58 06

PHARMACIE MARTIN
PHARMACIE AL. DU TRANSLANE
L'ANCIENNE PHARMACIE
Y41 022 62 54 23
GSM 07 62 76 58 06

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 62 76 58 06

CIFLOXINE® 250 mg ○

20 Comprimés enrobés



6 118000 210023



○ VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

Ballonyl®
Charbon activé

Confort intestinal

LOT: 230029
DLUO: 01/2026
63,30 DH



ميتيوسباسمیل

سمتات الفيرين 60 ملغ سمكتون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

FFIPRED® 20 mg
P.P.V. 40 DH
EXP 03/2025
LOT 33054 1

إفيريد

پريدنيزولون

20 ملغم



قرصا
فائرا

لاپروفان ۱۲

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH

ID: 652963
6 118001 141548

LOT: 220833
PER: 11-2024
PPV: 140,00 DH

LOT 221879
EXP 08/2025
PPV 99.00 DH



COMPOSITION :
5 g
Actifol®
Excipients à effet notoire: Alcool éthylique, Propylène glycol et Laurilsulfate de sodium.
LIRE LA NOTICE AVANT UTILISATION
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.
VOIE CUTANEE
NE PAS APPROUCHER SUR L'OEIL, L'INTERIEUR DE LA BOUCHE ET L'INTERIEUR DU VAGIN.
NE PAS AVALER.
NE PAS REFRIGERER.
A conserver à une température ne dépassant pas +25°C.