

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
 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-696392

A 54173

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3166

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IBRAHIMI

ABDELLATIF

Date de naissance :

1 - 1 - 1946

Adresse :

34, Rue

Anoual Hay Farah Res.

Tél. :

0662563042

Total des frais engagés : 2080,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr CHAKIB BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
F.S - 05 22 05 35 62 19 41

Cachet du médecin :

Date de consultation :

B EZZARI 06/03/23 2A HRA

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/03/2023

Dr CHAKIB BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani

F.S - 05 22 05 35 62 19 41

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-696392

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 :

3166

Nom de l'adhérent(e) :

IBRAHIMI ABDELLATIF

Total des frais engagés :

2080,60 DH

Date de dépôt :

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
06/03/23	S	S	250 Dhs	INP : 141022681 Dr Chakib BENJELLOUN RHUMATOLOGUE Av. Med V 21, Rue Med Hayani T.S - 205-562-14-41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU VILLAGE LOT 312 AV. TÉLÉGRAMMES TÉLEPHONE 05 34 12 00 00 INPE	07/03/03	1830,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
2			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

[†] Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	28533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	28533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENJELLOUN Ahmed Chakib

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des Os
des Articulations et de la Colonne Vertébrale
Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges-France
Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

الدكتور بنجلون أحمد شكيب

اختصاصي في الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

خريج كلية الطب بليموج - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Fès, le ~~24/03/23~~

BEZZARI ZAHRA

(998⁰⁰+3) Madopar 250-♂ (3 Bd⁰⁰)

$\frac{1}{2} - \frac{1}{2} - \frac{1}{2}$ (T)

6950 - Mobic



(188⁰⁰+3) Posséder (3 Bd⁰⁰)

6950 - Codiphone

18 (T)

(2 Bd⁰⁰)

6800 - Nociceptel gel une application

6872 - eabzol 40- (3 Bd⁰⁰)

05 35 62 19 41 شارع محمد الحساني رقم 21، فاس (أمام مقهى ماريون) الهاتف :

Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Marignon) Tel:

Urgence : GSM : 06 10 10 05 02 : التل : RHUMATOLOGIE

Chakibben@hotmail.fr

Chakib BENJELLOUN

RHUMATOLOGIE

Med V 21, Rue Med Hayani

05 35 62 19 41

183060

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697



PLUS RAPIDE
EFFICACE

SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ*

*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



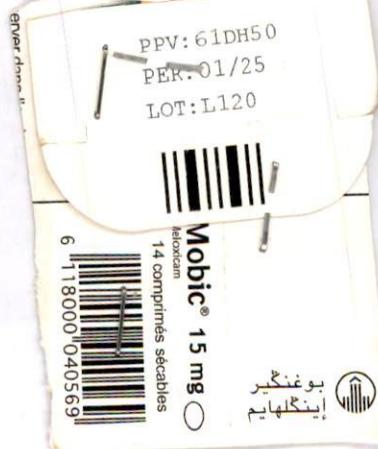
LOT P.V.C : 198,00DH

C 145
2024-05

CNK 3259-850



3 401020 354451 >



REV.2/20/10/C

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT L594
FAB 05/2022
EXP 05/2025

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول و مرآى الأطفال

التعليمات العلاجية:

يوصى هذا الدواء كعلاج للأعراض (ألم و ازعاج وظيفي)
بتأثير متاخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة.
يوصى هذا الدواء كعلاج مكمّل لدى المعاناة
من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب التناول:
عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس
كبير من الماء.
1 كبسولة في اليوم، غلال تناول وجبة طعام.
يجب قراءة النشرة بمدحعنة قبل الاستعمال.
علبة من 30 كبسولة.

PPI 188.00 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :
Laboratoire SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Boussoura - Maroc
Sous licence EXPANSIONSCIENCE

Fabricant : Laboratoires EXPANSIONSCIENCE
Rue des Quatre fils 28230 Epernon - France



AMM N°65/18 DMP/21/NRS



Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT L594
FAB 05/2022
EXP 05/2025

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول و مرآى الأطفال

التعليمات العلاجية:

يوصى هذا الدواء كعلاج للأعراض (ألم و ازعاج وظيفي)
بتأثير متاخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة.
يوصى هذا الدواء كعلاج مكمّل لدى المعاناة
من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب التناول:
عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس
كبير من الماء.
1 كبسولة في اليوم، غلال تناول وجبة طعام.
يجب قراءة النشرة بمدحعنة قبل الاستعمال.
علبة من 30 كبسولة.

PPI 188.00 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :
Laboratoire SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Boussoura - Maroc
Sous licence EXPANSIONSCIENCE

Fabricant : Laboratoires EXPANSIONSCIENCE
Rue des Quatre fils 28230 Epernon - France



AMM N°65/18 DMP/21/NRS



Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT L594
FAB 05/2022
EXP 05/2025

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول و مرآى الأطفال

التعليمات العلاجية:

يوصى هذا الدواء كعلاج للأعراض (ألم و ازعاج وظيفي)
بتأثير متاخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة.
يوصى هذا الدواء كعلاج مكمّل لدى المعاناة
من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب التناول:
عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس
كبير من الماء.
1 كبسولة في اليوم، غلال تناول وجبة طعام.
يجب قراءة النشرة بمدحعنة قبل الاستعمال.
علبة من 30 كبسولة.

PPI 188.00 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :
Laboratoire SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Boussoura - Maroc
Sous licence EXPANSIONSCIENCE

Fabricant : Laboratoires EXPANSIONSCIENCE
Rue des Quatre fils 28230 Epernon - France



AMM N°65/18 DMP/21/NRS

