

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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.

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° P19-0044511

ND. 30401
☐ Optique ☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Ibrahim Abdellatif
Date de naissance : 01/01/1946
Adresse : Rue Amouch N°34 Hay Fannat FES
Tél. : 0662563042 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28 MAI 2020
Nom et prénom du malade : M. Bazzari Zahir Age: 1948
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA - Hypertension
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 : 28 MAI 2020
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044511

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 : 1227,80 DHS
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
28 MAI 2020	Ce + ECU	200 + 100	300 = 300 00	Dr. BENNANI CARZOLLO Bd. Med V Résidence Tiemceni - FES C. 0535 65 40 52 - D. 0535 65 44 73 P. 06 6- 13 73 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

98105120 9278

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

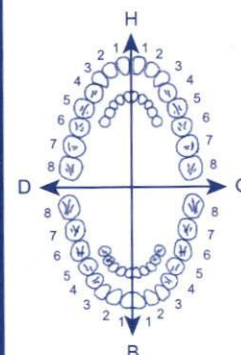
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES

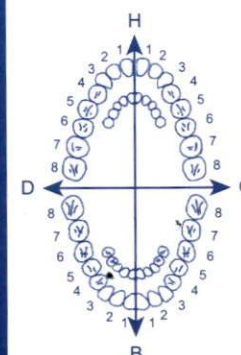
Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



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

DEBIT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EX

بسم الله الرحمن الرحيم

Dr. BENNANI Chakib
Cardiologue

Spécialiste des Maladies du coeur
et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de Médecine
de Rennes - France

Diplômé de la Médecine d'urgence
à Brest - France

Ancien Assistant des hôpitaux
de France (Lorient)

Echographie et doppler cardiaque
Holter cardiaque et tensionnel Pace - Makers



الدكتور بناني تشكيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرائين
خريج كلية الطب بـرين (فرنسا)

شهادة الطب الإستعجالي بـرست (فرنسا)
طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا

الفحص بالإكوغرافيا والدوبلر
ضبط النبضات القلبية والضغط الدموي

28 MAI 2020

فاس، في:

Handwritten medical notes and prescriptions in Arabic and French. Includes names like Zahra, Bezzari, and various medications like Xeditol, Alos, Zyloric, Aspic, and Negaflo. There are also circular stamps with 'S.L.' and 'S.V.' and a large stamp from 'PHARMACIE FARAH 210T'.

95,00

RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures.

Bd. Med. V, Résidence Tlemcani
(Imb Nouv. Mag AU DERBY) Fès

Cabinet : 0535.65.40.52
Domicile : 0535.60.04.73
Mobil : 0661.13.73.56

E-mail : bennanich.cardiofes@hotmail.fr

Patente : 13202434

Id. Fiscale : 15501585

C.N.S.S : 8502850

LOT : 19E002
PER : 06 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

LOT : 19E002
PER : 06 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

LOT : 8MA053
PER : 06 2020
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

LOT : 19E001
PER : 06 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

LOT : 19E002
PER : 06 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

LOT : 20E003
PER : 07 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

LOT : 8MA054
PER : 06 2020
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

OT 17102
P 02 2021
31,30
6 118000 061106

96,00

92,50
LOT : 19E002
PER : 06 2021

95,00

AMKOR 5mg
56 COMPRIMES
UT.AV : 06 2022
LOT N° : 136 60
P.P.V : 136,60

31,30
6 118000 061106

31,30
6 118000 061106

AMKOR 5mg
56 COMPRIMES
UT.AV : 06 2022
LOT N° : 136 60
P.P.V : 136,60

31,30
LOT : 19E002
PER : 06 2021
P.P.V : 136,60