

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.

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.

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



59080

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014546

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société : R.A.M. FES
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : Ibrahim ABDELLAH Date de naissance : 1.1.1946
Adresse : 34, FARAH 3 Route Ain Chkef FES
Tél. : 0662 56 3042 Total des frais engagés : 1150,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENNANI Chokib
CARDIOLOGUE
Bd. Med V Résidence Tlemçani - FES
C. 0535 65 40 52 - D. 0535 60 04 73
P. 06 61 13 73 56
Date de consultation : 09 JAN 2021
Nom et prénom du malade : M. Bazzani Zalmag Age : 1948
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cardiopathie hypertensive + diabète
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 : FES Le : 09 JAN 2021
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014546

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) :
Total des frais engagés : 1150,90 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
09 JAN 2021	C2	200	300	Dr. BENNANI
	+Ech	+100		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FARAH	09/01/2021	850,90

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				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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 00000000 00000000 G 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

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 (Lyon)

Echographie et Doppler cardiaque

Holter cardiaque - Tensionnel - Pace - Makers



الدكتور بناني تشكيب

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بون (فرنسا)

شهادة الطب الإستعجالي بـ رست (فرنسا)

طبيب مساعد سابقا بمسشفيات فرنسا

الفحص بالإكوغرافيا والدوبلر

ضبط النبضات القلبية والضغط الدموي

Dr. BENNANI Chakib
Bd. Med V Résidence Tlemçani Fès
C. 0535 65 40 52 - 06 61 13 73 56
P. 06 61 13 73 56

09 JAN 2021

FES, le : فاس، في :

Bezzai Zahra

973

1366

Alois

95,00 + 3

Xedilol

98,00 + 4

Glucophage

2130 + 3

Nylone

1470 + 4

Aspegic

8509

Le 03

8509

1/8

1/2

1000 g

250 g

1 le

1 sachet

86,80

985

115

93

86,80

86,80

86,80

RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures.

Bd. Med. V, Résidence Tlemçani
(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.بفر

Patente : 13202434

Id. Fiscale : 15501585

C.N.S.S : 8502850

Dr. BENNANI Chakib
CARDIOLOGUE
Bd. Med V Résidence Tlemçani Fès
C. 0535 65 40 52 - 06 61 13 73 56
P. 06 61 13 73 56

شارع محمد الخامس، إقامة التمسوني
المركز الجديد - أودبي - فاس

LOT 201386
EXP 09/2023
PPV 28.00DH

28,00

28,00

28,00

LOT : 20E004
PER : 08 2021

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



LOT : 20E004
PER : 08 2021

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



LOT : 20E003
PER : 07 2021

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



LOT : 20E004
PER : 08 2021

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70





5,000

کریڈیٹ
کرفڈلول



للمدة





5,000

کریڈٹ
کرفڈلول



للمدة





5,000

کریڈٹ
کرفڈلول



للمدة



[®]
Zyloric

allopurinol

200mg

28 comprimés
Voie orale

LOT
EXP
PPV

202072
09 2024
31.30

31.30



®

Zyloric

allopurinol

200^{mg}

28 comprimés

Voie orale

LOT

202072

EXP

09 2024

PPV

31.30

31,30



[®]
Zyloric

allopurinol

200mg

28 comprimés
Voie orale

LOT
EXP
PPV

202072
09 2024
31.30

31.30



5 mg



AMLOZ® 5mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

1 3 6 0 0

LOT N° : 1 2 4 4 2

136, 60

5 mg



AMLOZ® 5mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

1 3 6 0 0

LOT N° : 1 2 4 4 2

136,60