

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## diologie 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.

## tique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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 ABDELLATIF Date de naissance : 1-1-1946

Adresse : B4, FARAH 3 Route Ain ChKEF FES

Tél. : 0662 56 30 42 Total des frais engagés : 1150,90 Dhs

### Cadre réservé au 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 : 19 JAN 2021

Nom et prénom du malade : M. bessari Zahr 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) : [Signature]

### VOLET ADHÉRENT

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 :

#### **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
09 JAN 2021	Ca + Tech	200 + 100	= 300 DH	Dr. BENNANI Med V Réadaptation 065 40 54 80 00 P. 06 61 13 73 56

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARAH KARIM EL ARSA - FEZ - TEL: 05 35 50 00 00	09/11/2011	850,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

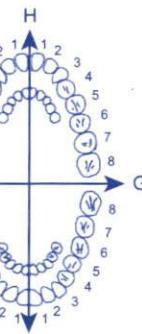
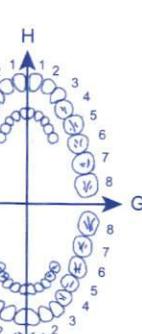
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 et tensionnel - Pace -Makers



Dr. BENNANI Chakib  
Bd. Med V Résidence Tlemçani FES  
B.C. 0535.65.40.52 P. 06.61.13.73.98  
FES, le :

09 JAN 2021

## المُكْتُور بناني تشاكيب

الخُصُوصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بربن (فرنسا)

شهادة الطب الاستعجالي ببرست (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص بالاكوغرافيا الدوببل

ضبط النبضات القلبية والضغط الدموي

فاس، في:

bezzani zahra

9730

(1366) 7 9730  
 Alog 8  
 95/00+7 985,00  
 Xedilop 25 8  
 (98/00+4) 115,00  
 Glucophage 1000 8 1/2 93,00  
 (2130+7) 1 le sou  
 Nylone 100 8  
 (2170+7) 250 8 1 rach (186) 00  
 Asper 850,90 III le 03-01-09

PHARMACIE FARAH  
 DR. YAHYAOUI RACHIDA  
 EL ARAB AVENUE ATIR FARAH 2 LOT  
 0535.60.05.14

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 : 0661.13.73.98

E-mail : bennanich.cardiofes@hotmail.fr

Patente : 13202434

Id.Fiscale : 15501585

Dr. BENNANI Chakib  
CARDIOLOGUE  
Bd. Med V Résidence Tlemçani FES  
B.C. 0535.65.40.52 - 0535.60.04.73  
P. 06.61.13.73.98

شارع محمد الخامس، إقامة التمسوختي  
المركز الجديد - أودريبي - فاس

C.N.S.S : 8502850

LOT 201386  
EXP 09/2023  
PPV 28.00DH

28,00

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



28,00

28,00

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70





١٥,٠٠

كتاب  
كرفده لعل





١٥,٠٠

كتاب  
كرفده لعل





١٥,٠٠

كتاب  
كرفده لعل



®

Zyloric

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

LOT

EXP

PPV

202072

09 2024

31.30

31.30



®

Zyloric

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

LOT

EXP

PPV

202072

09 2024

31.30

31.30



®

Zyloric

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

LOT

EXP

PPV

202072

09 2024

31.30

31.30



5 mg

סְנָאָתִים

סְנָאָתִים



56 COMPRIMÉS

Amloz® 5 mg

UT.AV :

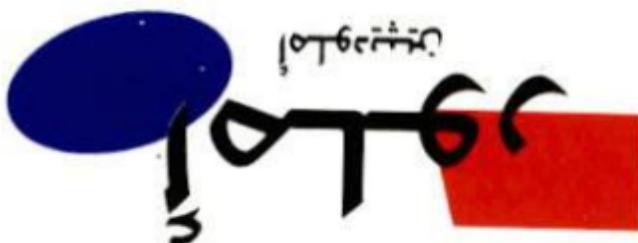
P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 19012442

136, 60

5 mg



56 COMPRIMÉS

AM洛<sup>o</sup> 5 mg

UT.AV :

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1991442

136, 60