

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

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° W21-654510

00811
Cure

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3166		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abed Latif
Nom & Prénom : IBRAHIM		Date de naissance : 1-1-1946	
Adresse : N° 34, rue Anoual Hay Farah FES		Tél. : 0662 563042 Total des frais engagés : 2179,6 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR Chakib BENJELLOUN RHUMATOLOGUE Av. Med V 21, Rue 100 Hayan Tél. 05 35 67 19 41			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BEZZARI 2A HBA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Antilose de gen			
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 : 12/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-654510

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).

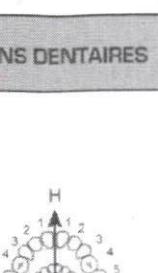
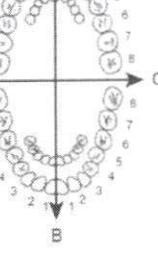
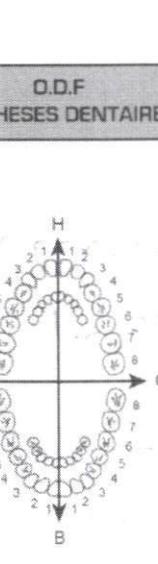
Matricule : 3166
 Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI Abdellatif
 Total des frais engagés : 2179,6 Dhs
 Date de dépôt :

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
18/11/91	S	5	25000	IN DR CHAKID BEN JELLA RHUMATOLOGIE AV DR CHAKID BEN JELLA RHUMATOLOGIE av. Med V 21, Rue Me 05 35 62
18/11/91	K32	K32	32000 = 64000	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																				
 SOINS DENTAIRES  ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1474 910 1711 1055"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433562</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433563</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G		25533412	00000000	21433562	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433563
H		G																		
25533412	00000000	21433562	00000000																	
D		G																		
00000000	35533411	00000000	11433563																	

Dr. BENJELLOUN Ahmed Chakib

الدكتور بنجلون أحمد شكيب

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

اختصاصي في الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

خريج كلية الطب بليماوج - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Fès, le 12/10/21 فاس، في

Mr BEZZARI ZAHRA

(23800+) Madopar 200 mg (2 Boîte) 29,90

(69,10+) Epycasom 5 mg عدد (50) ACP 15

(496+) D - 100

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

(8710+) - Antialgique

NO - DOL CODEINE
CP B20
LOT : 201003
PER. : 202010
P.P.V. : 280,00 DH
6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP B20
LOT : 210303
PER. : 02 2026
P.P.V. : 280,00 DH
6 118000 061861

(9880+) - 1000 Codeine 12 (50) 87,40

756.765.05.18

(9880+) - conteneur 4.5 (3 Boîte) 87,40

75,00 - 1000 Codeine 12 (50) 87,40 28,80

شارع محمد الخامس، زنقة محمد الحياني رقم 21، فاس (أمام مقهى مارينيون) الهاتف : 05 35 62 19 41

Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Marigny) Dr. Chakib BENJELLOUN 05 35 62 19 41

Urgence : GSM : 06 10 10 05 02 المستعجلات : النقال

Chakibben@hotmail.fr

Dr. Chakib BENJELLOUN RHUMATOLOGUE

Av. Med V 21, Rue Med Hayani

cc - 05 35 62 19 41

10910 - Kefiran gel

2 opp hcozer 1f.

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
AV. Med V 21, Rue Med Hayani
05 35 62 19 41

12836

OPHARMACIE FARAH
DR. YAHYAOUI RACHIDA
13 AV. IBN ATIR - FESS
LOTEL ARSA - 05 14
TEL: 05 35 60 05 14
INPE: 142028265

بریسمة 28

طريق العزم



KALEST 20 mg

Oméprazole (DCI)

28 gélules



6 118000 340065

MC PHARMA

LOT 201586

EXP 06/2023

PPV 75.00DH

LOT : 9024 A
PER : SEP 2022
PPV : 100 DH 00

KETUM 2,5
Kétoprofène
Tube doseur

Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.** دواعي الإستعمال، موانع الإستعمال، احتياطات الإستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 25° مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية و طريقة الإستعمال: الطريقة الموضعى. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كلها. تحذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

Epyca® 50 mg

Prégabaline
14 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118001 260683

50 مع

إِپِيْكَا[®]
بريجابالين

PPV : 60DH10

عن طريق الفم

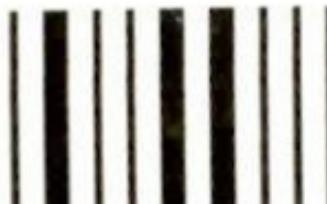


بروموفارم ش.م
PROMOPHARM S.A.



14 كبسولة

Lot n°: 2688
Date de fab.: 07/20
Date d'exp.: 07/22



Epyca® 50 mg

Prégabaline
14 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118001 260683

50 مع

إِپِيْكَا[®]
بريجابالين

PPV : 60DH10

عن طريق الفم

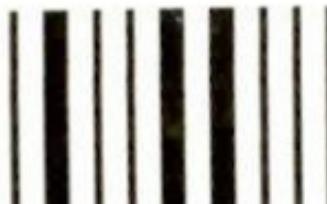


بروموفارم ش.م
PROMOPHARM S.A.



14 كبسولة

Lot n°: 2688
Date de fab.: 07/20
Date d'exp.: 07/22



PPV: 49,60 DH
LOT: 21G28
EXP: 07/2024

Solution huileuse buvable



100 000 جلز

جليز

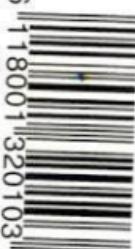
3 جلز

Fabriqué par: **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

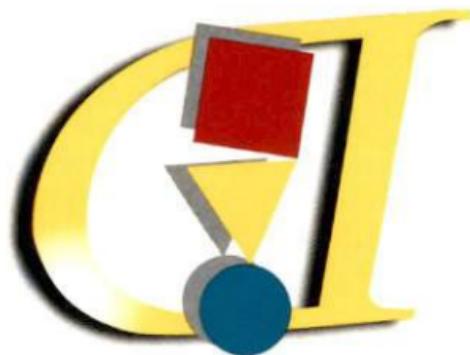
6 118001 320103



Retournable

PPV: 49,60 DH
LOT: 21G28
EXP: 07/2024

Solution huileuse buvable



100 000 جلز

جليز

جليز

Fabriqué par: **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

6 118001 320103

Retournable

Dr. BENJELOUN Ahmed Chakib

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des Os

des Articulations et de la Colonne Vertebrale

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 فاس، في

12/10/2021

Facture d'Honoraire Médicale

Nom et Prénom : BEZZARI ZAHRA

2 infiltration des 2 épaules K32

320 x 2 = 640 DH

Six cent quarante dirhams

Dr Chakib BENJELOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
Fès - 05 35 62 19 41

شارع محمد الخامس، زنقة محمد الحianiي رقم 21، فاس (أمام مقهى مارينيون) الهاتف : 05 35 62 19 41
Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Marignon) • Tél : 05 35 62 19 41

المستعجلات : GSM : 06 10 10 05 02

Chakibben@hotmail.fr

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

فاس، في Fès, le

12/10/2021

Compte Rendu Médical

Nom et Prénom : BEZZARI ZAHRA

2 Infiltration des 2 épaules K32

Périarthrite scapulo humérale

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
05 35 62 19 41

شارع محمد الخامس، زنقة محمد الحianiي رقم 21، فاس (أمام مقهى مارينيون) الهاتف : 05 35 62 19 41
Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Marignon) • Tél : 05 35 62 19 41
المستعجلات : التقال : GSM : 06 10 10 05 02
Chakibben@hotmail.fr