

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° W21-684232

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 1922 | Société : PAM NO 303 | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL AZHAT MOHAMMED | | | |
| Date de naissance : 01/06/1952 | | | |
| Adresse : HAY AZHAR 1MMF APP 4 AVENUE IEN KHAIR | | | |
| Tél. : 0535 60 8342 | Total des frais engagés : 402,30 | Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | Dr. BENCHEQROUN KARIMI Azeddine MÉDECINE GÉNÉRALE Diplômé de l'Université René Descartes Paris V en ECHOGRAPHIE 2 Av. My. Rachid Im. Benyahia (R.D.C) Date de dépôt / Tél: 05 20 53 29 02 |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | EL AZHAT MOHAMMED |
| Nom et prénom du malade : | EL AZHAT MOHAMMED |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Des lombalgies |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | ACCIDENT |
| 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 : 1922
Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-684232 |
| 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 : **1922**
 Nom de l'adhérent(e) : **EL AZHAT MOHAMMED**
 Total des frais engagés : **402,30**
 Date de dépôt : **1922**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06.02.2022 | | | | INP : 081 024 1871 |
| | | | | DR. BENCHEQROUN KARIMI AZZEDDINE MÉDECIN GÉNÉRAL RUE IBN AL KHATIB, HAY AÏA SAÏD RTE AÏN CHKEF - FÈS Tél: 05 35 74 84 97 INPE : 14200685T |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE AL KORACH SARL AL S.A.N.A.A BENSOUADA KORACH RUE IBN AL KHATIB, HAY AÏA SAÏD RTE AÏN CHKEF - FÈS Tél: 05 35 74 84 97 INPE : 14200685T | 20.02.2022 | 20.2.30.0H |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

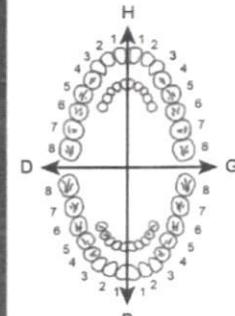
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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.

| | |
|---|---|
| PPV | Le praticien est prié de faire une copie de ce document et de la remettre au patient. |
| LOT | LOT : 210544 |
| PER | PER : 08/2024 |
| | PPC : 79,50Dh |
| Important : Veuillez joindre les relevés de frais et de honoraires. | |
| SOINS DENTAIRES | |
|  | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |
| H | 25533412 21433552 00000000 00000000 |
| D | 00000000 00000000 35533411 11433553 |
| G | |
| B | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |



Dr: BENCHEQROUN KARIM AZZEDDINE
 MEDEDINE GENERALE
 Diplômé de l'université René Descartes de Paris V en
 ECHOGRAPHIE
 Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier en
 DIABETOLOGIE
 Diplômé de la Faculté de médecine de Grenoble en
 SENOLOGIE
 Diplômé de la Faculté de médecine de FES en
 ASTHMOLOGIE
 Diplômé de la Faculté de médecine de FES en
 URGENTOLOGIE
 Expert assermenté auprès les tribunaux



الدكتور عز الدين بشقرورن كريم

الطب العام

حاائز على شهادة الفحص بالأمواج ما فوق الصوت

في جامعة رونى ديكارت بباريس

حاائز على شهادة أمراض المسكرى

من كلية الطب بمونبليي بفرنسا

حاائز على شهادة أمراض الثدي

من كلية الطب بمونبليي

حاائز على شهادة أمراض الريبو والضيق

من كلية الطب بمونبليي بفرنسا

حاائز على شهادة طب المستعجلات

من كلية الطب بفن

خير محف لدى المحاكم

Fès, le 04-08-2020 : قاس، في :

ELAZIZI. Mohamed

SH. 1

+ Myselfee 10.5g

38/38

28,80

- V. Teneur fort

38/38

75,50

- Ains 1g ejb

2023'

BENCHEQROUN KARIMI Azzeddine
 MÉDECINE GÉNÉRALE
 Diplômé de l'université René Descartes de Paris V en
 ECHOGRAPHIE

Av. My. Rachid Im. Benyahya (R.D.C)
 Route de Sefrou / Tél: 05 35 73 39 92

Sté PHARMACIE AL KORACHI
 ** SANAA SARL-AU
 ** SANA BENSOUDA KORACI
 ** IBN ALKHATEB, HAY AL AZHAR
 RTE AIN CHKEF - FES
 Tél: 05 35 74 84 97
 INPE: 142006881

2، شارع مولاي رشيد عمارة بن يحيى طريق صفو - قاس (بجوار صيدلية الزهراء)، الهاتف :

2، Av. My Rchid Im. Ben Yahia R.D.C. Route de Sefrou, Fès (à côté de la pharmacie ZAHRA)* Tél.: 05 35 73 39 92