

# 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° W21-795817

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <i>IBRAHIMI Abdellatif</i>	
Matricole : <i>3166</i>		Date de naissance : <i>1/1/1946</i>	
Nom & Prénom : <i>IBRAHIMI Abdellatif</i>		Adresse : <i>34, Rue Amour Hay Farah III</i>	
Actif		Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Route Kim Chak FES		Télé : <i>06 62 56 30 42</i>	
Total des frais engagés : <i>1695,80</i> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr Chakib BENJELLOUN RHUMATOLOGUE Av. Med V 21, Rue Med Hayati F.S - 30 CS 25 C.C. 43	
Date de consultation : <i>15/06/2023</i>	
Nom et prénom du malade : <i>BÉZZAR, ZAHRA</i>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Arthrose du genou</i>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme de code à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : *FES* Signature de l'adhérent(e) : *Dr Chakib BENJELLOUN*  
*RHUMATOLOGUE*  
*Av. Med V 21, Rue Med Hayati*  
*F.S - 30 CS 25 C.C. 43*

VOLET ADHERENT	N° W21-795817
Déclaration de maladie	
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).	

Matricole : *3166*  
 Nom de l'adhérent(e) : *IBRAHIMI Abdellatif*  
 Total des frais engagés : *1695,80 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
15/06/23	S	S	25000	INP : 14402888 Dr Chakib BENJELLOUN RHUMATOLOGUE Av. Med 21, Rue Med Hayat

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/83	1445,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	G																
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENJELLOUN 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

## الخصائص في الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل وأنعمود الفقرى

خريج كلية الطب بليميوج - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Fès, le 15/08/23

BEZZARIS ZAHRA  
18800+3 Madopon 160+8 (3 Bonds)  
6750+2 1/2 1/2 1 J  
- Mo BSV 180+8 (2 Bonds)  
188100+8 180 (J)  
- P. S. C. Cledine 300+8  
588 180+8 (2 Bonds)  
588 180+8 (Böte de 14)  
144588 180 (J)

Chakib BENJELLOUN  
RHUMATOLOGUE

شارع محمد الخامس 21، فاس ( أمام مقهى ماريبيون ) الهاتف : 05 35 62 19 41  
Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Maribion) Tel : 05 35 62 19 41

Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Marignan) • Tél : 05 35 62 19 41

المستعجلات: GSM : 06 10 10 05 02 :

Chakibben@hotmail.fr

LOT 210827  
EXP. 01/2024  
PPV 52.80 DH

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

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

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

# پیاسکلیدین 300®

300 ملخ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / JOUR  
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES

30  
GÉLULES  
كبسولة

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

## پیاسکلیدین® 300

300 ملغم من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتتصبن



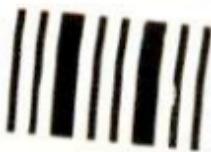
1 gélule / jour  
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES

30

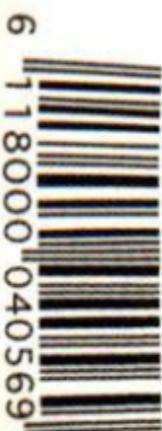
GÉLULES  
كبسولة

P-P-Y 61 DH50  
P-E-R 11/22  
P-O-T 12543



14

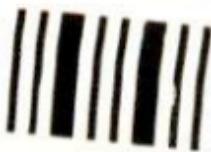
**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables



بوغنجير  
إينكلهائم

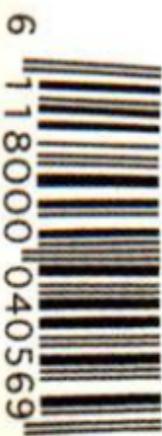


P-P-Y 61 DH50  
P-E-R 11/22  
P-O-T 12543



14

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables



بوغنجير  
إينكلهائم

