

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

N° W21-647682

*Couleur*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1330</b>	Société : <b>RAM 183272</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : <b>AMRANI Hanane</b>	
Nom & Prénom : <b>AMRANI Hanane</b>			
Date de naissance : <b>10/01/1972</b>			
Adresse : <b>El jinane 1 X 52 Ain chkef My yaacoub</b>			
Tél. : <b>0666 890 176</b>			
Total des frais engagés : _____ Dhs			

**Cadre réservé au Médecin**

**DI. BENCHERGOUN KARIMI Azzeddine**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**  
**Diplômé de l'Université René Descartes Paris V en**  
**ECHOGRAPHIE**  
**2 Av. My. Rachid Ben Youssef Ben Yahiya (R.D.C)**  
**Route de Sefrou / Tel: 05 35 73 39 92**

Cachet du médecin :	<b>Benchergoun Karimi Ahmed</b>		
Date de consultation :	Age : <b>19 ans</b>		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : **Yes**

Le : **11/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 



**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° W21-647682

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 : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

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
11.05.23	C		2000	INP : 081021621 CHIRURGIEN DENTISTE Générale Descartes Paris V

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Pharmacie	Date	Montant de la facture
<b>PHARMACIE AMINE</b> أمينة بشرى <b>AMRAN BOUCHRA</b> أمran طه طه الرصيف 32 Bis Rue Farik idida Béja	11/10/23	2 AV. M. Rachid Téb BON 7.10

## 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
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

#### VIOLET 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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

A dental arch diagram showing a series of numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. A vertical arrow points downwards from the center of the arches.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENCHEQROUNE KARIMI Azeddine

Médecine Générale

Diplômé en :

- \* ECHOGRAPHIE Université René Descartes de Paris V
- \* DIABETOLOGIE Faculté de Médecine de Montpellier
- \* SENOLOGIE Faculté de Médecine de Grenoble
- \* ASTHMOLOGIE Faculté de Médecine de FES
- \* URGENTOLOGIE Faculté de Médecine de FES
- \* Expert Assermenté auprès les Tribunaux



د. عز الدين بنشرورن كاريسي  
الطب العام

حاصل على شهادات :

- \* الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية جامعة روني ديكارت باريس
- \* أمراض السكري كلية الطب مونبولي فرنسا
- \* أمراض الثدي كلية الطب كرونوبيل فرنسا
- \* أمراض الربو والضفة كلية الطب فاس
- \* طب المستعجلات كلية الطب فاس
- \* خبير محلل لدى المحاكم

Fès, le : 11-10-2023 فاس، في :

Benchegroune Karim Azeddine

99.00

- Reclame lg Mach



11.80

V.H < 1000 - 180



63.30

- Rovamycen 150 lg eff



127.10

صيدلية زهراء  
PHARMACIE ZAHRA  
عمراني بشري  
AMRANI BOUCHRA  
مکرر طرس حديدة الرصيف فاس  
32 Bis Rue Farik Jdida R'Cif  
Fès Medina / Tél: 05 35 76 07 70

Dr. BENCHEQROUN KARIM Azeddine

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme de l'Université René Descartes Paris V en

ECHOGRAPHIE

2 Av. My. Rachid Im. Benyahya (R.D.C)

Route de Sefrou / Tél: 05 35 73 39 92

الهاتف : 05 35 73 39 92

2. شارع مولاي رشيد عمارة بن يحيى طريق صفرو - فاس ( بجوار صيدلية الزهراء )

2, Av. My Rachid Im Ben Yahia R.D.C Route de Sefrou - Fès (à côté de la pharmacie ZAHRA)

ROVAMYCINE 1,5 M.U.I  
CP PEL B16  
LOT : 22E002  
PER : 03/2025

0  
P.P.V : 63DH30  
  
6 118000 060253

VITAMINE C 1g  
Boîte de 10 comprimés effervescents  
P.P.V. : 14,80 DH  
  
6 118000 190929

ACLAV 1g/125mg Poudre pour  
suspension buvable, 12 sachets  
  
6 118000 091684