

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-647682

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 11340 Société : RAN 187272

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : Hanane

Nom & Prénom : AMRANI Hanane

Date de naissance : 10/01/1972

Adresse : EL Jinane 1 x 52 Ain Chkef My yacoub

Tél. : 0666 890 176 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-4-215/2019

Cadre réservé au Médecin : DR. BENCHEGROUN KARIMI Azzeddine

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 DEC. 2023

Nom et prénom du malade : Bencheqroun Karimi Ahmed Age : 19 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ **Enfant**

Nature de la maladie : MUPRAS

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 : Les Signatures de l'adhérent(e) : Le : 11/10/23

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

VOLET ADHERENT

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
11/10/23				INP : 081021621

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE AMINE عمراني بوشري AMRANI BOUCHRA	11/10/23	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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

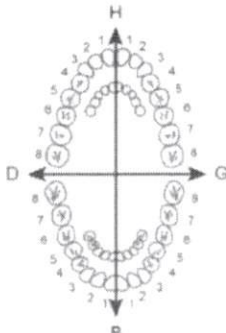
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT _ MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td>B</td><td>B</td></tr></table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	<input type="text"/>
	H	H														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B	B														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS														
	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS														
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ASTHMOLOGIE - URGENTOLOGIE - SENOLOGIE - DIABETOLOGIE - ECHOGROUPE

Dr. BENCHEGROUNE KARIMI Azzeddine

Médecine Générale

Diplômé en :

- * ECHOGROUPE 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 بنشقر من كريمي

الطب العام

حائز على شهادات :

- * الفحص بالأشعة فوق الصوتية جامعة روني ديكرت باريس
- * أمراض السكري كلية الطب مونبيلي فرنسا
- * أمراض الثدي كلية الطب كرونوبل فرنسا
- * أمراض الرئة و الضقة كلية الطب فاس
- * طب المستعجلات كلية الطب فاس

* خبير محلف لدى المحاكم

Fès, le 11-10-2023 فاس, في

Benchegroun Karim Ahmed

99.00

- Acteur by Rachid

14.80

vit c 1000 mg

63.30

- Rouvray 40 mg

177.10

صيدلية أمين
PHARMACIE AMINE
عمراني بشري
AMRANI BOUCHRA

2 مكر طريق حديدة الرصيف فاس
32 Bis Rue Farik Jdida R'cif
Fès Médina Tél : 05 35 76 07 70

Dr. BENCHEGROUN KARIMI Azzeddine

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme de l'Université René Descartes Paris V en

ECHOGROUPE

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)

PER:03 2025
LOT : 22E002

ROVAMYCINE 1,5 M.U.I
CP PEL B16

P.P.V : 63DH30



VITAMINE C 1g 
Boîte de 10 comprimés effervescent

PPV : 14,80 DH



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

