

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3165 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IBRAHIMI

ABDELLATIF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 156342

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

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 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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## SOINS

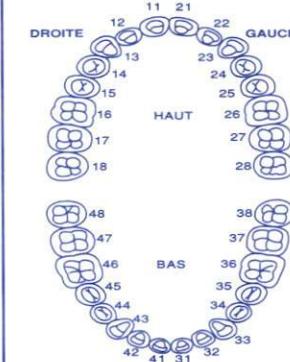
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'attente de l'adherent, ainsi que les soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prot

## TAIRES

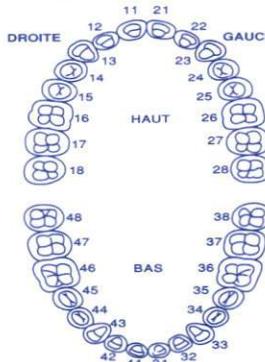
ralement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

O.D.F.  
Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'execution

## VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 14 / 0019176



Mle

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 3166

Nom & Prénom *Ibrahim Abdellatif*Fonction *Retraité*Phones *06 62 56 30 46*Mail *FES*

MEDECIN

Prénom du patient *Mr Bergzini Zelina*Adhérent Conjoint Enfant Age *01/01/1946*Date *04/10/2010*

Nature de la maladie

*Cardiopathie hypertensive*

Date 1ère visite

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Début d'execution

## Fin d'execution

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Date du devis

## Fin d'execution

DROITE	11 21 22	GAUCHE
12	23	23
13	24	24
14	25	25
15	26	26
16	27	27
17	28	28
18		
48		
47		
46		
45		
44		
43		
42		
41		
31		
32		
33		

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

H

G

25533412

00000000

21433552

00000000

00000000

35533411

00000000

11433553

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Ca  
+ ECH200  
+ 100 = 300 DA

PHARMACIE

Date *06/10/19*

Montant de la facture

48740

INPE  
142028265

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

بسم الله الرحمن الرحيم

**Dr. BENNANI Chakib**

*Cardiologue*

Spécialiste des Maladies du coeur  
et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de Médecine  
de Rennes - France

Diplômé de la Médecine d'urgence  
à Brest - France

Ancien Assistant des hôpitaux  
de France (Lorient)

Echographie et doppler cardiaque  
Holter cardiaque et tensionnel - Pace -Makers



**المُدْكُّتُور بِنَانِي لِلشَّكِّيب**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب ببرين (فرنسا)

شهادة الطب الإستعجالي ببرست (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص بالإيكوغرافيا والدوبلر

ضبط البضئات القلبية والضغط الدموي

FES, le : 04/10/2019 فاس، في :

(95,0+3) Me Bezzari Zahra 185,00  
 xedol 100 100 at  
 (313,0+3) S.V. 93,90  
 Zylorix 200 8 1 le son  
 (277,0+5) Asper 250 8 1 zachi 108,15  
 S.V. 100 8 1  
 III le 03-08

187,40

**Dr. BENNANI Chakib**  
CARDIOLOGUE

Bd. Med V Résidence Tlemçani - FES  
C. 0535 65 40 52 - D. 0535 60 04 73  
P. 06 61 13 73 56

RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures.

Bd.Med. V, Résidence Tlemçani  
(Imb Nouv. Mag AU DERBY) Fès

Cabinet : 0535.65.40.52  
Domicile : 0535.60.04.73  
Mobil : 0661.13.73.56

E-mail : bennanich.cardiofes@hotmail.fr

Patente : 13202434

Id.Fiscale : 15501585

شارع محمد الخامس، إقامة التلمصاني  
المركز الجديد: أودريبي - فاس

C.N.S.S : 8502850



95,00

କର୍ମକାଳ

25 30  
10





95,00

# କର୍ମକାଳ

25 30  
10





95,00

କର୍ମକାଳ



LOT  
EXP  
F.F.V

190406  
02 2023  
31.30



3130

# ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT  
EXP  
F.F.V

190406  
02 2023  
31.30



3130

# ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT  
EXP  
F.F.V

190406  
02 2023  
31.30



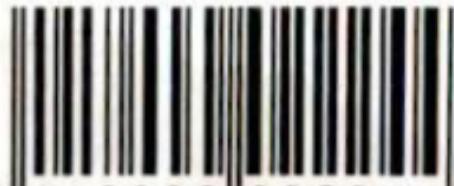
3130

# ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT : 8MA051  
PER.: 04/2020

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



A standard 1D barcode representing the product's identification number. It is positioned above the number 6 and below the number 118000 061106.

6

118000 061106

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du fabricant :**

sanofi-aventis Maroc. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

LOT : 8MA051  
PER.: 04/2020

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



A standard 1D barcode is positioned above a series of numbers. The barcode is oriented vertically, with its left side aligned to the right of the number '6'.

6

118000 061106

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du fabricant :**

sanofi-aventis Maroc. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

LOT : 8MA051  
PER.: 04/2020

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



A standard 1D barcode is positioned above a series of numbers. The barcode represents the product code 118000 061106.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du fabricant :**

sanofi-aventis Maroc. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

LOT : 8MA051  
PER.: 04/2020

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH70



A standard 1D barcode representing the product's identification number. It is positioned above the number 6 and below the number 118000 061106.

6

118000 061106

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du fabricant :**

sanofi-aventis Maroc. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.