

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 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.

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° W21-786382

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **es**

Matricule : **3166** Société : **RAM 201281**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **IBRAHIMI ABDELLATIF**

Date de naissance : **1-1-1946**

Adresse : **34, Rue Anoual Hay Farah Route Ain chkef FES**

Tél. : **0662 50 3042** Total des frais engagés : **29.10** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **DR CHAK B. BEN ELLOUN**
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
FES - 05 35 62 19 41

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-786382

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
28/02/24	5	5	300,00	INP: 14 208 9 681 Dr. CHAKO BENJELLOUN RHUMATOLOGUE Av. Med V 21, Rue Med Hayani 62 05 35 62 19 41
EXECUTION DES ORDONNANCES - 62 05 35 62 19 41				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture	
62 05 35 62 19 41		28/02/24	7519,40	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/2014	7519,40

ANALYSES, RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/02/84	Z30	300114
	03/03/84	Z50	800,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VOLET ADHERENT

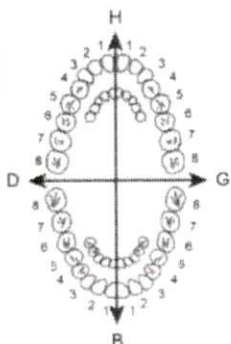
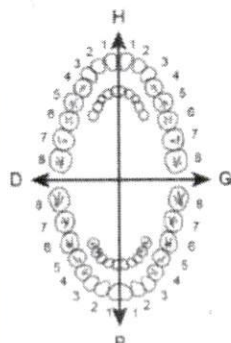
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

DNP : | | | | | | | | | |

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	R	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENJELLOUN Ahmed Chakib

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des Os
des Articulations et de la Colonne Vertébrale
Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges-France
Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

الدكتور بنجلون أحمد شبيب

اختصاصي في الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري
خريج كلية الطب بليموج - فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Fès, le 28/04/24 في فاس،

BEZZARI ZAHRA

23/08/23

كود الموزم

19/08/23

18/08/23

15/08/23

Après consultation

Hydrocortisone

Après consultation

Handwritten notes at the top of the page, including "12/8" and "Dose" with a circled "SV" symbol.

Handwritten word "Luis" circled in blue ink.

Handwritten word "Mou" in blue ink.

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 18,20 DH
6 118001 185030

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 18,20 DH
6 118001 185030

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH
6 118001 050697

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 18,20 DH
6 118001 185030

DR. CHAKIB BENJELLOUN
RACHIDA
13 AV. MED V 21, RUE MED HAYANI
FES - 305 35 62 19 41
TEL : 05 35 60 05 14
INPE : 1420282

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

DR. CHAKIB BENJELLOUN
RACHIDA
13 AV. MED V 21, RUE MED HAYANI
FES - 305 35 62 19 41
TEL : 05 35 60 05 14
INPE : 1420282

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 18,20 DH
6 118001 185030

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
FES - 305 35 62 19 41

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
FES - 305 35 62 19 41

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 18,20 DH
6 118001 185030

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
FES - 305 35 62 19 41

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 18,20 DH
6 118001 185030

Handwritten number "1579/40" at the bottom left.

دازين[®] 10000 و.ع سرابتاز



40 Comprimés enrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN[®] 10 000 UI



Médicament autorisé N° :
45/21/NRQd/DMP/VHA/18

40 قرصا ملبسا
مقاوم لحموضة المعدة
عن طريق الفم



مختبرات سنتميك
20 - 22 نقطة زبير بن العوام
المصخور السوداء - الدار البيضاء

PPV :

47.80 DH

EXP :

10/25

Lot N° :

L1237



hydroxo 5000

4 Ampoules Injectables

laboratoires LAPROPHAN S.A.
21, Rue des Oudaya - Casablanca
Fabriqué au Maroc sous licence
des laboratoires ANPHAR-ROLLAND (France)

hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 05/2026
LOT 33001 6

GABLINE®

Prégabaline

LOT 233439

EXP 11 2025

PPV 238.00 DH

75 mg

56 gélules

Voie orale

--	--	--	--	--	--

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سو طيما
sothema

COMPOSITION :
Pradine

LOT 240147 1

EXP 12 2023

PPV 19 00

<input type="checkbox"/>	قوة
<input type="checkbox"/>	قوة
<input type="checkbox"/>	قوة
<input type="checkbox"/>	قوة
<input type="checkbox"/>	قوة
<input type="checkbox"/>	قوة



أيزون
بريد أيزون



ISONE 5 mg
30 comprimés sécables



COMPOSITION :
Pradine

LOT 240147 1

EXP 12 2023

PPV 19 00

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6



أيزون
بريد أيزون



ISONE 5 mg

30 comprimés sécables



Dr. BENJELLOUN Ahmed Chakib

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des Os

des Articulations et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges-France

Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

الدكتور بنجلون أحمد شبيب

اختصاصي في الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

خريج كلية الطب بليموج - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Fès, 28/11/2012 في

U. Beggani Zahra

Echographie de la
goutte droite
phlébite?

Dr. Khalid GUESSOUS
RADIologue
46, Av. Lalla Hasna - Fès
Tél : 05 35 64 22 90
Gsm : 06 57 13 56 73

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
FES - 05 35 62 19 41

شارع محمد الخامس، زنقة محمد الحياتي رقم 21، فاس (أمام مقهى مارنيون) الهاتف : 05 35 62 19 41
Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Marignon) • Tél : 05 35 62 19 41

المستعجلات : النقال : GSM : 06 10 10 05 02 : Urgence

Chakibben@hotmail.fr

Dr Khalid GUESSOUS

Spécialiste en Radiologie - Lauréat de la Faculté de Paris V

FES LE : 07/03/2024

FACTURE N° : 1111/2024

PATIENT : Mme ZAHRA BEZZARI

EXAMEN :

Echodoppler des M.I

I.F : 15480368

INPE : 141068734

CNSS : 2308262

ICE : 00171966000073

MONTANT : 800,00

Huit Cent DHs

Dr Khalid GUESSOUS

ICE : 00171966000073 • INPE : 141068734

Scanner 16 Barrettes - Radiologie Générale - Radiopédiatrie - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Mammographie - Echo Doppler

46, Av. Lalla Hasna - Fès, (Rez de Chaussée - Accès Direct) / Tél : 05 35 94 22 90 / Fax : 05 35 94 22 91

GSM : 06 61 13 56 73 • E-mail : radiologiegueguessous@menara.ma

Dr. BENJELLOUN Ahmed Chakib

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des Os

des Articulations, et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges-France

Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

الدكتور بنجلون أحمد شبيب

اختصاصي في الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

خريج كلية الطب بليموج - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Fès, le 28/02/24

COMPTE RENDU RADIOLOGIE

Mr/Mme BEZZAH ZAHRA

Radio du rachis lombaire face coté Z15

Discopathie dégénérative L4 L5 L5 S1

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
FES - 05 35 62 19 41

شارع محمد الخامس، زنقة محمد الحياتي رقم 21، فاس (أمام مقهى مارينيون) الهاتف : 05 35 62 19 41
Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Marignon) • Tél : 05 35 62 19 41

المستعجلات : النقال : 06 10 10 05 02 : GSM : Urgence

Chakibben@hotmail.fr

Dr. BENJELLOUN Ahmed Chakib

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des Os
des Articulations et de la Colonne Vertébrale
Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges-France
Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

الدكتور بنجلون أحمد شبيب

اختصاصي في الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري
خريج كلية الطب بليموج - فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Fès, le 22/02/2014 فاس

FACTURE RADIOLOGIE

Mr/Mme BEZZARI ZAHRA

Radio du rachis lombaire face coté Z15

Cent cinquante dirhams 150 DH

Dr Chakib BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
Av. Med V 21, Rue Med Hayani
FES - 05 35 62 19 41