

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

## ditions 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.

## iologie 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.

## taire :

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.

## adie 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 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° P19-0034183

Optique **46587**  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3166	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom :		Ibrahimi Abdellatif	
Date de naissance :		01/01/1946	
Adresse :		Foran 3 Rue Amouar 34 Route Ain Chkef Fed	
Tél. :		05 22 56 30 12	Total des frais engagés : 997,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Chakib BENJELLOUN**  
RHUMATOLOGUE  
Av. Med V 21, Rue Med Hayan

FES - 05 35 62 19 41

Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : **BEZZAK ZAHRA** Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Longevité

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, vous pouvez 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 : 05 Nov 2020 /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-034183

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 : 3166

Nom de l'adhérent(e) : Ibrahimi Abdellatif

Total des frais engagés : 997,80 Dhs

Date de dépôt :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes
29/09/80	S	S	300 Fts	DR CHARID BENJELLOUN RHUMATOLOGUE Av. Med V 21, Rue Med Hayani FES - 05 62 19 41

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE	28/09/04	697,80

**142028265**  
**ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

Dr. BENJELLOUN Ahmed Chakib

Rhumatologue

الدكتور بنجلون أحمد شكيب

اختصاصي في الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

خريج كلية الطب بليماوج - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Spécialiste des maladies des Os

des Articulations et de la Colonne Verteébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges-France

Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

Fès, le 29/09/2014

BEZZAIFI ZAHRA

(29/09/2014)

- Mobilité

(36) Bébés

III 1/3 - 1/2 - 1/4 -

5/6/24

- خانو خانو

(5.5)

٢٩١٤ - ٦٣٠٢٧٥ - ٦٣٠٢٨١٧

6150

- Mobilité

697800

V بعد العلاج

DR CHAKIB BENJELLOUN  
RHEUMATOLOGUE  
TÉL: 05 35 62 19 41  
FAX: 05 35 62 19 41  
E-mail: chakibben@hotmail.fr

شارع محمد الخامس، ازقة الحباني رقم 21، قاس ( أمام مقهى مارتينيون ) الهاتف : 05 35 62 19 41

Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Martinion), Téle: 05 35 62 19 41

المتحدة: 05 35 62 19 41  
 Urgence : GSM : 06 10 10 05 02 : التغطية: FES - 05 35 62 19 41

Chakibben@hotmail.fr

PPV 61DM50  
PER 11/22  
LOT 12543



40,30

GTIN 07640128012016

EXP 09 2023  
M1107B01  
MFD 09 2019



GTIN 07640128012016

EXP 09 2023  
M1107B01  
MFD 09 2019



1 tablet =  
**200 mg levodopa**  
**50 mg benserazide**  
as hydrochloride

1 tablet =  
**200 mg levodopa**  
**50 mg benserazide**  
as hydrochloride

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

7



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

7



6 118001 050697

Ne pas dépasser la dose prescrite

Ne pas dépasser la dose prescrite