

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Maladie :

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 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : Ibrahim Abdelhak
Date de naissance : 01/01/1946
Adresse : Farah 3 Rue Anouar 34 Route
Ain Chred Fes
Tél. : 0662 5630 42 Total des frais engagés : 997,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 29/09/2020
Nom et prénom du malade : BEZZAKI ZAKIA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 60308
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, joindre 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) :

VOLET ADHERENT

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) : Ibrahim Abdelhak
Total des frais engagés : 997,80 Dhs
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
29/03/20	S	5	300914	DR CHAKIB BENJELLOUN RHUMATOLOGUE Av. Med V 21, Rue Med Hayani FES - 05 45 62 19 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARAH 13 AV. MED V 21, RUE MED HAYANI FES - 05 45 62 19 41	29/03/20	697,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

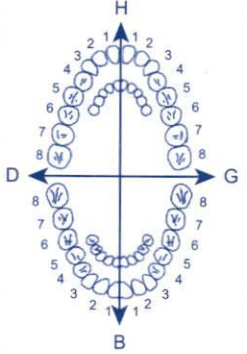
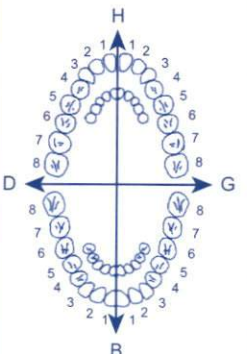
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

الدكتور بنجلون أحمد شكيب

اختصاصي في الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

خريج كلية الطب بليموج - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

Fès, le 29/09/2023

BEZZABI ZAHRA
(29804)
- Mobil 250 - 750 B045
- 1/2 - 1/2 - 1/2 1/2
- Xerox 0.10 - 750
- 1/2 8 15
6150
- Mobil 250 - 750 B045
- 1/2 8 15

مشاريع محمد الخامس، أزقة الخليل الحياتي رقم 21، فاس (أمام مقهى مارينبون) الهاتف : 05 35 62 19 41

Avenue Mohamed V Rue Mohamed Hayani N°21 Fès (En face du café Maïgouni). Tél: 05 35 62 19 41

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