

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

macie :

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.

ique :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048188

Optique 46588 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 31CC Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : Ibrahimi Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Farah 3 Rue Amouzgane, Route Ain Chkef Fes

Tél. 06 62 56 30 12 Total des frais engagés : 1060,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Chakib
CARDIOLOGUE
Bd. Med V Résidence Tlemcani - FES
C. 0535 65 40 52 - D. 0535 60 04 73
P. 06 61 13 73 56

Date de consultation : 06 OCT 2020

Nom et prénom du malade : Mme Bezzazri Zahra Age : 1948

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie hypertensive

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 : 06 OCT 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-048188

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 : 31CC

Nom de l'adhérent(e) : Ibrahimi Abdellatif

Total des frais engagés : 1060,10 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 le Paiement des Actes
06 OCT 2020	+ ECG	= 300 DH		Dr. BENNANI CARDIOLOGUE Med V. Résidence Bencharif - D. 0535 60 00 00 0535 60 00 00 - 61 13 73 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARAH Dr. YAHYAOU'RACHIDA	06/12/2020	13 AV IBN ATIR FARAH 2 LOT FLANDREES - TEL: 05.35.60.95.14. INPE 76910 143228265

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

881260

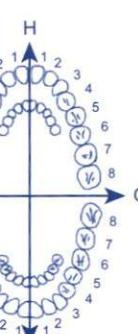
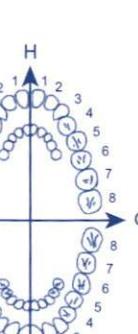
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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

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



الدكتور بناني الشكيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب برين (فرنسا)

شهادة الطب الإستعجالي ببرست (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص بالاكوغرافيا والدوبلر

ضبط البضئات القلبية والضغط الدموي

FES, le :

06 OCT 2020

فاس، في:



RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures.

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

E-mail : bennanich.cardiofes@hotmail.fr

Patente : 13202434

Cabinet : 0535.65.40.52
Domicile : 0535.60.04.73
Mobil : 0661.13.73.56

Id.Fiscale : 15501585

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

C.N.S.S : 8502850

LOT 192267
EXP 10 2023
PPV 46.70 DH

LOT 192470
EXP 10 2023
PPV 46.70 DH

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
6 118000 061106

95,00

95,00

95,00

يدلول
كرفلدول

25 ملغ

30 قرصا قابلا للانكسار
عن طريق الفم



يدلول
كرفلدول

25 ملغ

30 قرصا قابلا للانكسار
عن طريق الفم



يدلول
كرفلدول

25 ملغ

30 قرصا قابلا للانكسار
عن طريق الفم



XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ

XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ

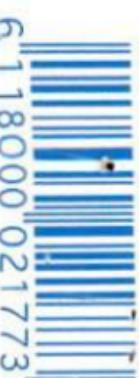
XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



سوطيمما
sothema



سوطيمما
sothema



سوطيمما
sothema



6

56 COMPRIMÉS

5 mg

AM洛® 5mg

UT.AV :

P.P.V.

60

LOT N° :

A36,60



6

56 COMPRIMÉS

5 mg

AM洛® 5mg

UT.AV :

P.P.V.

12 20 2

LOT N° :

136 60

1285688

A36,60

09366130/3