

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Dentaire :

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° P19-0048188

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3106 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : Ibrahim Abdelkhalil
Date de naissance : 01/01/1946
Adresse : Farah 3 Rue Anouar Route Ain Chkef Fes
Tél. : 06 62 56 30 42 Total des frais engagés : 1060,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Chakib
CARDIOLOGUE
Bd. Med V Résidence Tiemçani - 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 : M^{re} Bezzari 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 ADHERENT

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 : 3106
Nom de l'adhérent(e) : Ibrahim Abdelkhalil
Total des frais engagés : 1060,10 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
06 OCT 2020	ECG	1	300	Dr. BENNANI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARAH 13 AV. IBN ATIR FARAH 2 LOT FL. 1 - TEL: 0535 60 05 14	06/10/20	760

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

881840

* 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 :

Veillez 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														
				<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>D</td> <td>G</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> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
			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 تشكيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرانين
خريج كلية الطب برين (فرنسا)

شهادة الطب الإستعجالي برست (فرنسا)
طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

الفحص بالإيكو غرافيا والدوبلر
ضبط النبضات القلبية والضغط الدموي

FES, le : **06 OCT 2020** فاس, في :

(Handwritten notes and stamps)
Bezzari Zahra
Xedilol 15
1366
A. Louis
1670
Zyloric 100
Aspegic 850
1 sachet
760
PHARMACIE FARAH
DR. YAHYACUI RACHIDA
13 AVENUE ATIR FARAH 2 LÔT
EL ARSA - FES - TEL: 05 35 60 05 14

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 التلمساني
المركز الجديد: أوديسي - فاس

C.N.S.S : 8502850

LOT 192267
EXP 10 2023
PPV 46.70 DH

LOT 192470
EXP 10 2023
PPV 46.70 DH

LOT : 19E001
PER.: 06 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
118000 061106

LOT : 20E004
PER.: 08 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
118000 061106

LOT : 20E003
PER.: 07 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
118000 061106

LOT : 20E003
PER.: 07 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
118000 061106

LOT : 20E004
PER.: 08 2021
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
118000 061106



95,00



95,00



95,00

يدلول
كرفدلول

25 ملغ

30 قرصا قابلا للإنكسار
عن طريق الفم



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

6 118000 021773

سوطيما
sothema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة	صباح	منتصف النهار	مساء	قبل	بعد
4/2					

يدلول
كرفدلول

25 ملغ

30 قرصا قابلا للإنكسار
عن طريق الفم



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

6 118000 021773

سوطيما
sothema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة	صباح	منتصف النهار	مساء	قبل	بعد
4/2					

يدلول
كرفدلول

25 ملغ

30 قرصا قابلا للإنكسار
عن طريق الفم



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

6 118000 021773

سوطيما
sothema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة	صباح	منتصف النهار	مساء	قبل	بعد
4/2					



56 COMPRIMÉS

AMLODIPINE 5mg ○

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

136,60



56 COMPRIMÉS

AMLODIPINE 5mg ○

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

1 2 2 0 2

136 60

1 2 8 5 6 8 8

136,60

09366130/3