

# 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.

## Pathologie 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.

## Educational :

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 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

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- 0038846

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

68949

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABALI Mohamed  
Date de naissance : 1943  
Adresse : 127 Rue Abou WAQT Khalaf Des SEKKAT Bourgogne CABA  
Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 03/03/2021  
Nom et prénom du malade : M. ABALI Mohamed  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Constipation  
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 : Casablanca

Le : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

[illegible]

|                                |                                               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| <p>détaillé</p> <p>praires</p> | <p>Cachet et signature attestant le Prage</p> |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date     | Montant de la Facture |
|  | 03/03/21 | 707.00                |

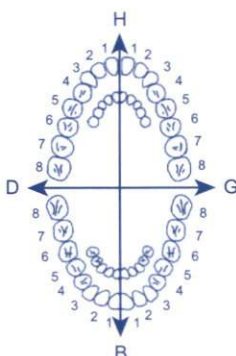
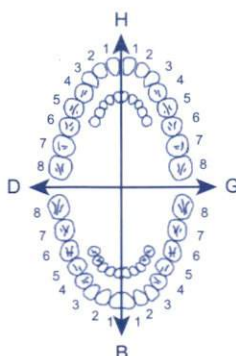
[illegible][illegible]

## 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

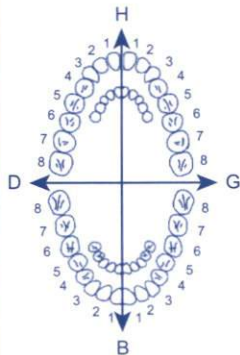
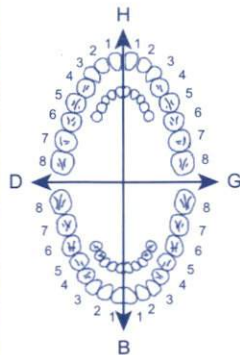
| SOINS DENTAIRES                                                                                 | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>       |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>         |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                    | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412    21433552<br/> 00000000    00000000<br/> <b>D</b> ————— <b>G</b><br/> 00000000    00000000<br/> 35533411    11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>           |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>     |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de**

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             | Montants des Soins <input type="text"/>      |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             | Début d'exécution <input type="text"/>       |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             | Fin d'exécution <input type="text"/>         |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|  | <div style="text-align: center;"><b>H</b><table><tr><td style="padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr></table><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><span><b>D</b></span><span><b>G</b></span></div><table><tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr></table><b>B</b></div> |                     |             | 25533412                                     | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 21433552            |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000            |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000            |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 11433553            |             |                                              |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      | <div><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             | Montants des Soins <input type="text"/>      |          |          |          |          |          |          |          |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             | 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'EXE

# Docteur M.J BENKIRANE

Spécialiste en Hépto Gastro Entérologie

Diplôme de la faculté de médecine de paris

Ancien attaché au CHU Bicha (Paris) et à L'hôpital de Poissy

Diplôme en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplôme en échographie digestive

Diplôme en nutrition

Membre de la société Française d'hépto Gastro-entérologie

الدكتور محمد جليل بنكيران

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسير

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

03/03/2021

MR ABALI MOHAMED

Casablanca, le :

## • Moridil

1 suppositoire, soir, pendant 15 jours

## • Avenoc

1 app sur suppo le soir pendant 15 jours

## • Osmosine 1g/5ml

1cà soupe jusqu'à 3 \* par jour le soir selon la constipation arrêt si diarrhée

## • Oxantin

2 Comprimé le soir en dehors des autres médicaments pendant 3 mois

109,70 x 4 = 438,80

Contiflo

1g le soir x 3 mois

91,00

Chlorhex

2g x 2/5

MORIDIL<sup>®</sup>  
Suppositoires - Boîte de 12  
P.P.V. : 17,30 Dh

PPV: 109DH70

PPV: 109DH70

PPV: 109DH70

PPV: 109DH70

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

PPV: 91,00 DHS

Lot n°: 200421  
À consommer de  
préférence avant le : 08/2023

PPC: 79,95 DH

Lot n°: 190664  
À consommer de  
préférence avant le : 10/2022

PPC: 79,95 DH

13, Bd Ain Taoujtate ( en face clinique Badr) Rés mass Apt N° 3, 2<sup>ème</sup> Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطات مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

17,30

S.V

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

707,00

91,00