

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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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.
- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Déclaration de Maladie : N° P19-0023135

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 35111 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAKHMANI BENALI Date de naissance : 9-12-48
 Adresse : Les Azur 1 ANASS NO 136
 Tél. : 08 390 315 37 Total des frais engagés : 909 821 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BENKIRANE MEL JALIL
HEPATO GASTROENTEROLOGUE
TAFRAJTA CASABLANCA

Date de consultation : 27/06/2019
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur à l'ingestion et à la marche
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
27 JUIN 2019	5	1	200	DR BENKIRANE MED JALIL 13 Bd AIN TAQOUTATE CASA HEPATOGASTROENTEROLOGUE
27 JUIN 2019	20		400	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Casablanca IDRISSI 19 Route Tamaris Casablanca - Tél: 05 22 33 00	27/6/19	309,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

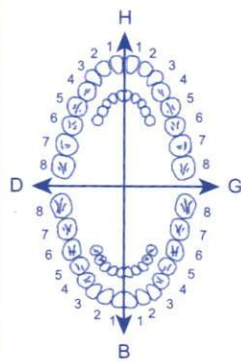
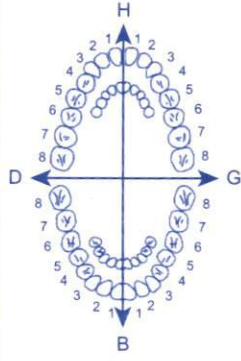
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Spécialiste en Hépatogastro-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'hépatogastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسير
مجاز بكلية الطب بباريس
ملحق سابق بمستشفيات باريس
مجاز الكشف بالمنظار
مجاز الكشف بالتفزة
مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 27/06/2019

MME TAKAFI FATIHA

46190x2

- **Acticarbine 70 mg**

1 Comprimé, matin, soir, pendant 2 mois

21/6/07

- **Euzol 40mg**

1 gélule, soir, après les repas, pendant 1 mois

30918

صيدلية مخيم تماريس
Pharmacie Camping de Tamaris
EL IDRISSI AGUTTE EL Fatima
Km 19 Route Azemmour Anglé
Route Tamaris 1 Der Bouazza
Casablanca - Tél: 05 22 33 00 63

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

13, Bd Ain Taoujtate (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N° 3, 2ème 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

E-mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

أوزول

إزومبرازول

40 ملغ



أكتيكاربين
كلورهيذرات البيافيرين / فحم منشط



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
من طارا
لا تله القيادة
دون أن تقرأ القشرة الداخلية

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46.90 DH SOTHEMA
6118001 070015



3400934312908
LOT: AJC081
EXP: 04/2023

Titulaire de l'AMM / Distributeur : SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence ELERTE
Fabricant : Laboratoire AJC PHARMA
16120 Châteauneuf-sur-charente - France

أكتيكاربين
كلورهيذرات البيافيرين / فحم منشط



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
من طارا
لا تله القيادة
دون أن تقرأ القشرة الداخلية

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46.90 DH SOTHEMA
6118001 070015



3400934312908
LOT: AJC087
EXP: 10/2023

Titulaire de l'AMM / Distributeur : SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence ELERTE
Fabricant : Laboratoire AJC PHARMA
16120 Châteauneuf-sur-charente - France

84 قرصا مغلفا أيضا

علاج عسر الهضم و انتفاخ الأمعاء

216,00

Dr. Mohammed Jalil BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

إختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز في الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو في الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

Casablanca, le.....27/06/2019

Note d'honoraires

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutation à

Mme TAKAFI FATIHA

Et vous adresse selon l'usage, ma note d'honoraires

Ecographie abdominale : 400,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent dirhams (400,00 DH)

DR BENKIRANE MEG JALIL
HEPATOGASTROENTEROLOGUE
13 BD AÏN TAOUJATE CASA

SIGNATURE

13، زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الثاني (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء

13, Bd. Aïn Taoujtate - Résidence ILIAS - 2ème Etage (en face de la Clinique Badr) - Casablanca

الهاتف/الفاكس : 05 22 27 03 53 / Tél. / Fax :