

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-415254

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 22164

Matricule : 10 136 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Hadi Amina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 99 91 26 79 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13 BD AIN TAQOUTATE CASA**

Date de consultation : 26.11.2019

Nom et prénom du malade : M. EL HADI Amina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Préparation pour coloscopie

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.

20 FEV. 2020

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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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'Unité - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'acte
26/11/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2019	142,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

fortrans®

Composition :
 Macrogol 4000* 64,000 g
 Anhydrous sodium sulfate 5,700 g
 Sodium bicarbonate 1,680 g
 Sodium chloride 1,460 g
 Potassium chloride 0,750 g
 Excipient : sodium saccharin

For one sachet of 73.690 g

* = P.E.G. 4000 = Polyethylene glycol 4000
 Excipient with known effect : sodium
 Refer to the leaflet for further information.

Pharmaceutical form :
 Powder for oral solution in sachet.

Therapeutic indications :
 This medicine is used for colon lavage to prepare patients prior to :
 - endoscopic or radiological investigations,
 - colon surgery.

Method and route of administration :
 Oral route.
 Dissolve the content of each sachet in one litre of water.
 Shake until the powder has completely dissolved.
 Keep out of the reach and sight of children



LOT : N25737
 Exp : 11/2021

دور محمد جليل بنكيران
 في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي و البواسير
 يـجـ كلية الطب بباريس
 ن سابق بمستشفيات باريس
 جاز في الكشف بالمنظار
 مجاز الكشف بالتلفزة
 في وقاية وعلاج أمراض التغذية
 جمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

26/11/2019

4 à débiter la veille de la coloscopie

زقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الثاني (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء
 13, Rue Aïn Taoujtate - Résidence ILIAS - 2ème Etage (en Face de la Clinique Badr) - Casa
 الهاتف / فاكس : 5522 270 253

الدكتور محمد جليل بنكيراج

إختصاصي في امراض الكبد، الجهاز الهضمي و البواسير

خريج كلية الطب بباريس
ملحق سابق بمستشفيات باريس
مجاز في الكشف بالمنظار
مجاز الكشف بالتلفزة
مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي



Diplômé en Nutrition
Membre de la Société Française de Gastro-entérologie

Casablanca, le :

26/11/2019

MME EL MADI AMINA

142,92

Fortrans

1 sachets par litre fois 4 à débiter la veille de la coloscopie à 14h

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 Service des Actes
26/11/19	S			

DR BENKIRANE JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13 BD ALI TAOUFIAT CAS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2019	142,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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