

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Opticien :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

26/05/2020

Matricule : 9055

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARRABIT Mohamed

Date de naissance : 09 MARS 2020

Adresse :

Tél. : 0666717372 Total des frais engagés : 138000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR BENKIRANE MED JALAL

Date de consultation : 28 JAN 2020

Nom et prénom du malade : MARRABIT Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douloureuse

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 040116

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 JAN 2020	C	1	200,00	DR BENKIRANE HEPATOBILIAIRE
28 JAN 2020	E	1	40,00	DR BENKIRANE HEPATOBILIAIRE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Oum Rachid AALAM 85, Rue de Souss Marrakech - 40023	28/01/2020	208,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

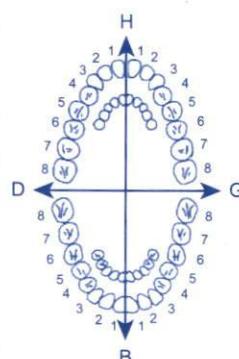
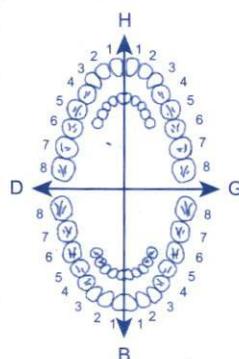
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

الدكتور محمد جليل بنيلان

LOT : 1986  
UT. AV : 03 - 24  
P.P.V : 45 DH 90



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسر  
مجاز بكلية الطب بيباريس  
ملحق سابق بمستشفيات باريس  
مجاز الكشف بالمنظار  
مجاز الكشف بالتلررة  
مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية  
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Diplôme en échographie digestive

Diplôme en nutrition

Membre de la Société Française d'hépato Gastro-entérologie

Casablanca, le : 28/01/2020

MME KARAMI HAKIMA

• Anti Gas

1 sachet, midi et soir, après repas à prendre sans eau pendant 15 jours

• Ranciphex 20 mg

1 Comprimé, soir, après repas, pendant 2 semaines

• Trimedat 150mg

1 sachet, matin et soir, pendant 15 jours

20810

Dr. OUM RACHAD  
Dr. Oum Rachad AALAM  
38, Rue de Souss  
Mohammadia - Tel : 0523.32.14.57

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13 Bd. Aïn Taoujتate 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 ثوجطاث مقابل مصحة بدر إقامة إيلاس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

05 22 27 03 53 - الهاتف - أنفا - الدار البيضاء

E-mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

# Anti Gas

ADULTS

18 16 1021

LOT

UT.AV

NEWPHARMA

97 80  
P.P.G

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



خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفرز

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغدية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

Casablanca, le : 28/01/2020

### Note d'honoraires

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

Mme KARAMI HAKIMA

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

Echographie abdominale 400,00 DH

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

SIGNATURE

DR. MOHAMMED JALIL BENKIRANE - HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE