

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ntaire :

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 caractére 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

Nº P19- 062966

ND: 25413

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **RE 3150**

Société : **RETRAITE**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **M. ECHENNA FARIJA BEN ZEROUAL**

Date de naissance :

Adresse : **43 Rue ABU EL ARRAS EL AZZI MAARIF CASA**

Tél. **0522251289**

Total des frais engagés : **5000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **16/03/2010**

Nom et prénom du malade : **M. ECHENNA FARIJA BEN ZEROUAL** Age : **40**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Reflux oesophageal**

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 : **18/03/2010**

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-062966

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 : **RE 3150**

Nom de l'adhérent(e) : **M. ECHENNA FARIJA BEN ZEROUAL**

Total des frais engagés : **943,90**

Date de dépôt : **18/03/2010**

## RELEVE 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
16.3.20	examen	1	400.00	<i>13 BD AÏT AÏCHA</i> <i>HEPATOGASTROENTEROLOGUE</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Madame PARTAL</i> Pharmacie Aïtcharaf Rue Sociale Aïtcharaf Casablanca - Tél : 0522 25 22 06	16/03/20	543,90.

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

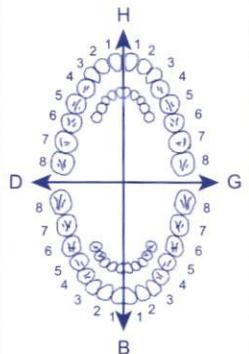
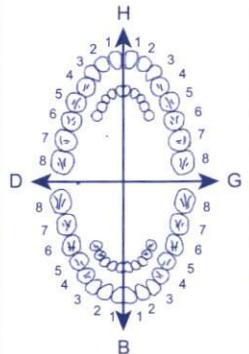
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplôme de la faculté de médecine de paris

Ancien attaché au CHU Bichat (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'hépato Gastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواص

مجاز بكلية الطب بباريس

محقق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلغراف

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 16/03/2020  
MME AOULAD BENZAROUALA FARIDA

(13,50x3) 220,50

49,00

• Proctanol

1 suppo, matin, soir, pendant 15 jours

• Avenoc

1 app sur suppo, matin, soir, pendant 15 j

✗ • Aureomycine 3%

1 app, le matin et soir pendant 10 j PPV 116DH40

LOT 9N022 1  
EXP 11/2021

• Betadine 10 %

1 toilette, matin et soir, pendant 10 j

• Floxam 500 mg

2 Gélule, matin, soir, après repas, per

• Maxiflore

1 Comprimé, matin, soir, pendant 10 j

116,40

(79,00 x 2) 158,00.

543,90

Nettoyage SPARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharraf  
Rue Sidi Acharraf 10000 Casablanca

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

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطاث مقابل مصحة بدر إيلاس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg 24 gélules

BOTTU SA  
PPV : 49 DH 00

Dr. BENKIRANE MED JAL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AINT

Lot : MF01/19  
D'lio : 01/2022  
P.P.C : 79 DH

Lot : MF01/19  
D'lio : 01/2022  
P.P.C : 79 DH