

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 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 |

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.

N° W19-534899

ND 31146

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	02189	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAATOUQUI Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	1958		
Adresse :	G.T Rue 105 N°6 OUCFA		
Tél. :	0664022730	Total des frais engagés	951,80 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	I. RENA RANE MED JAHIL HEPATOGASTROENTEROLOGUE N° 13 BD AIN TAQUITATE GASA ACCUEILLANT		
Date de consultation :	05/06/2020	Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	colite aigüe		
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		
Signature de l'adhérent(e) :			

Le : 01/07/2020

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
05.06.2012	S		300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/06/2022	65180
		Pharmacie les Drissides

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	35533411														
B	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur M. J BENKIRANE

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



الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكieran
الدكتور محمد جليل بنكيران

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكieran
الدكتور محمد جليل بنكiran

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكieran
الدكتور محمد جليل بنكiran

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكieran
الدكتور محمد جليل بنكiran

الدكتور محمد جليل بنكيران
الدكتور محمد جليل بنكieran
الدكتور محمد جليل بنكiran

Casablanca, le :

05/06/2020

MME MAATOUQUI NAJIA

• **Flagyl 500 mg**
1 Comprimé, matin, midi et soir, après repas, pendant

• **Sepce**
1 C 12 2022
PPV 65.10 DH
1. soir, après repas, pendant 1

• **Ultra**
1 C PPV 65.10 DH
1 et soir, pendant 10 jours



• **Mutesa**

1 sachet, matin, midi, soir, aprè

jours

• **Nauselium**
1 càm, matin, midi et soir, avant repas

jours

• **Neofortan 160 mg**

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 4 jours

Dr. BENKIRANE MED JALIL

HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE

13, BD. AÏN 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

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

دار البيضاء - أنفا - الهاتف : 05 22 27 03 53

E-mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com