

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-581235

ND 50899

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **08307**

Société : **REFORME**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : **ELIRAKI Mohamed Hisham**

Date de naissance : **28/11/1966**

Adresse : **Rd, Khacem Gassen, Imr Bt Apt 5 N°14500**

Tel : **0661231610**

Total des frais engagés : **709,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : **09/12/20**

Nom et prénom du malade : **ELIRAKI Mohamed Hisham**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Intérêt d'histologie - lésion cutanée**

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 : **Casa**

Le : **10/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 1, Rue Ben Abdellah - 2ème Etage Angin Rue Mohamed Lakir et Rue Ali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - 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 le Paiement des Actes
9/12/20	G		300,00	INP : Dr. BENKIRANE MED YALIL HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE 13, BD. AIN TAOUJATE - CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Parc, Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

09-12-2020

409,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

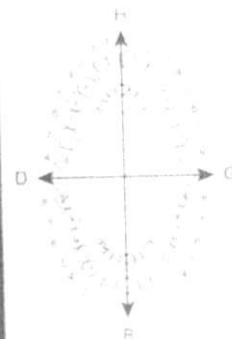
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

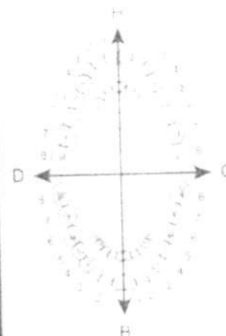
AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	51433552
30000000	00000000
D	G
30000000	60500000
35533411	11433552
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

MONTANTS DES SOINS

DEBUT DE L'EXECUTION

FIN DE L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien attaché au CHU Bichat-Paris et à l'hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive et Interventionnelle

Diplômé en Échographie Digestive

Diplômé 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 بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 09/12/2020

MR EL IRAKI MOHAMED SIDHOUM

95,00

• Extramag 300 mg

1 Comprimé matin après repas pendant 1



99,00

• Ansiovit

1 Comprimé, soir au coucher pendant 1 mois

128,00

• Septidol PH8

1 toilette par 2/ jour

Lot: 200505
À consommer de préférence avant le: 09/2023
PPC: 99,00 DH

87,30

• Dermofix 2%

1 dose, matin, soir, pendant 15 jours puis 1 d
15 jours

EXP: 06/2023
PPC: 128,00 DH
LOT: 200505
SEPTIDOL

409,30

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

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare. Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67



13, Bd Ain Taoujtate Rés Ilias Appt N°3, 2ème Étage - Quartier Bourgogne(en face clinique Badr)

Casablanca-Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13, شارع عين توجطات إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون (مقابل مصحة بدر)

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

Email: faxcabinetbenkirane@gmail.com