

## 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

M22- 0016155

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1490 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Bel Abbes Khafic  
Date de naissance : 01/09/1951  
Adresse : 635 RUE Goulmina 3<sup>ème</sup> étage APP 9  
Tél. : 0662620225 Total des frais engagés : 1040,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TENKIRANE MED JALI  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13 BD. AIN TAOUJATE - CASA

Date de consultation : 14 AVR. 2023  
Nom et prénom du malade : Khidiane Fatima Age : 70 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cancer Abdominal  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 Le : 14/04/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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'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 la Réception des Actes                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14 AVR. 2023    | S                 | A                     | 300,00                          | DR. ENKIRANE MEDJALI<br>HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE<br>13, BD. AIN TAOUJATE - CASA |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br>Pharmacie LOUBILA<br>Dr. C. Benani Ep. Alami<br>10, Rue Karam El Khayr Loubila<br>20100 - Casablanca<br>INPE<br>092063304 | 14/04/23 | 760,82                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

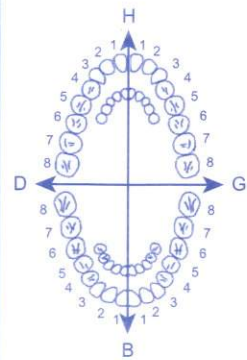
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |  |
|--|---|------------------|-------------|---|--|
|       |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>B</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |

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 Bicha (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'Hépatogastroentérologie

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 : 14/04/2023

**MME KHIDIQUI ÉP BELABASS FATIMA**

• **Meteospasmyl**

1 Capsule, matin midi et soir, avant repas, pendant 15 jours

• **Ultra levure 250 mg**

1 Gélule, matin, midi et soir, pendant 10 jours

• **Alflorex**

1 Gélule, le matin en dehors des repas pendant 1 mois

• **Oedes 20 mg**

1 Gélule, matin, avant repas, pendant 3 mois

• **Seroplex 10mg**

1/2 Comprimé, matin, après repas, pendant 3 mois

• **Librax 5 mg / 2,5 mg**

1 Comprimé, Le soir au coucher, pendant 3 mois

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

13, Bd Ain Taoujtate ( en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2<sup>ème</sup> Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

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

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

200,4  
479 1

11795

OPEN PLUS

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Seroplex 10mg cp sec 128  
P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

*ULTRA LEYURE*

1082 07 2022 07 2025  
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH

LOT: 22174 PER: 12/2025  
PPV: 21,00 DH

*LIBRAX*

Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC

B.P 126 No 1aceur  
www.biocodex.ma

P.P.C.: 245,00 DH

CE N°: 34757/2019/DMP

*34757/01*

*DEDES*

LOT 211485  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 80 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V.: 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293