

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, prothèse 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 cahier 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 du 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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : com.act@mupras.com
- 0 Prise en charge : per@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n°119-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Médical Ben Abdellah - 5ème Etage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 04 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 811 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W2 - 787166

157923

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Mutuelle : **RAM**

Mutricule : **7807**

Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BENCHERIFA RACHID**

Date de naissance : **08 Juillet 1968**

Adresse : **CASA GREEN TOWN CGI ILLOT 22 VILLA NE 65 BOUSKOURA**

Tél : **06 61 3283 77**

Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

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

Cohet du médecin :

Date de consultation : **20/02/2023**

Nom et prénom du malade : **BENCHERIFA MARIAM**

Age : **20 ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **Duér Alt d'origine réformatrice**

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 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 **20/02/2023**

RELÈVE DES FRAISES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicinal attestant la Prestation des Actes
20-FEV-2023	CS	1	5	Dr. BENKIRANE MEDJALIL GASTRO GASTRO ENTEROLOGUE 13, RD. AIN TAOUTATE, CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GREENTOWN Dr. Medjane Centre Commercial Casa Green Avenue de la Liberté, 2023	20/02/23	415,40

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

Cachet et signature du Particulier		Date des Soins	AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre				Montant détaillé des Honoraires
			A M	C	M	IV	
			</				

VOLET ADHÉRENT

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

	COEFFICIENT DE TRAVAIL	
	MONTANTS DE SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
PROTH. O.D.F. SES DE J. RES DET. RMINATION DU COEFFICIENT MAJESTATIQUE 2553:411 21423550 0000:000 00000000 D 0000:000 00000000 G 3553:411 11423550 (Création, renfort, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession	COEFFICIENT DE TRAVAIL	
	MONTANTS DE SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VI: A E CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VI: A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NEOFORTAN® 160 mg

ENTERAL® 200 mg 12 gélules

PPV 98DH80
EXP 08/2025
LOT 26056 8

PPV 15DH80

EXP 10/2024
LOT 19043 36825
BIOCODEX MAROC
PPV 67.00 DH
04/22

04/25

ت بارس

أمراض التغذية

ة للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 20/02/2023

MME BENCHERIFA MARIAM

L8, 50 x 2

• Tiberall 500 mg

1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 10 jours

52,40

• Smecta 3 g

1 sachet, matin midi et soir, pendant 3 jours arrêt si plus de diarrhée

67,00 + 38,10

• Ultra levure 250 mg

1 Gélule, matin midi et soir, pendant 10 jours

30,50

• Argo

1 cà, matin midi et soir après repas, pendant 15 jours

98,90

• Neofortan 160 mg

1 Comprimé, matin midi et soir 3 jours

15,80 x 2

• Enteral 200 mg

2 Gélule, matin, soir, pendant 5 jours

6 118001 310135

LOT : 3059
UT-AY: 09-24
P.P.V.: 30 DHS0LOT : 220278
PER.: 10 2025SMECTA ORANGE VANILLE
36 SACHET 800
P.P.V.: 52DH40
LOT : 1180001011460Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

T = 415,60

13, Bd Ain Taoujtate (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2^{ème} 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 يوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com