

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

M22- 0014208

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2319

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IBGOU DABE CHRISTINE ep ASSOC

Date de naissance : 01/12/1956

Adresse : 255 Bd Mohamed V

Casablanca

Tél. 0661143430

Total des frais engagés : 696,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2023

Nom et prénom du malade : Mme I.B.GOU. MALIE CHRISTINE Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleur Abdominale

Pathologie

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

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 : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
06.07.23	S	1	300,00	Dr. BENKIRANE MED JAL HEPATO GASTRO ENTOLOGUE 13, BD. AÏT TAOUJTA - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENKIRANE MED JAL 13, Bd. Aït Taoujta - Casablanca Tél : 05 22 44 87 00 Fax : 05 22 44 87 00	06/07/23	296.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

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'Hépato Gastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي و البواسر

مجاز بكلية الطب بباريس
 ملحق سابق بمستشفيات باريس
 مجاز المكتب بالنظر
 مجاز الكشف بالتلفزة
 مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية

الهضمي و التهاب الكبد

Casablanca, le : 06/07/2023

MME IBGUI MARIE CHRISTINE

~~Pharmacie de la Bounia~~
 3250 X Metrozal 500 mg

1 Comprimé, matin midi et soir, après repas, pendant 10 j

~~Argo~~

1 sachet, matin midi et soir après repas, pendant 10 jours

~~Carboxane Flora~~

1 Gélule, matin en dehors des repas 15 jours

• Trimedat 150mg

1 sachet, matin midi et soir, après repas pendant 10 jours

4590 x 2

296.30

PPC : 139,50DH

Lot : 01622
 À consommer de
 préférence avant le : 04/2025

Carboxane
 Flora
 Gélules

LOT : 2396
 PER : 02 / 28
 P.P.V : 45 DH 90

LOT : 8580
 UT. AV : 04-27
 P.P.V : 45 DH 90

13, Bd Ain Taoujتate 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 الياس. رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون (مقابل مصحة بدرا)

الدار البيضاء - أنفا . الهاتف : 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com