

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-550049

48904

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 02189 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : MAATOUQUI Mohamed

Nom & Prénom : MAATOUQUI Mohamed

Date de naissance : 1956

Adresse : G.T Rue 105 N°6 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 666,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin DR BENKIRANE HEDJALIL HEPATOGASTROENTEROLOGUE 13 BD AIN TAOUJTA CASA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.11.2020

Nom et prénom du malade : M. MAATOUQUI NAJSA Age : 64

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Diabète

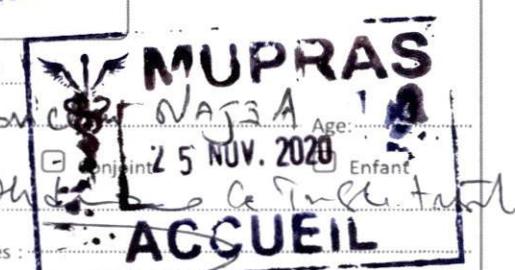
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Le patient a été admis au service de l'accident et de l'urgence*

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

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



Le : 13.11.2020

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
13/11/2020	S		300 H	INP : [REDACTED]
<i>DR RENAUD JALIL HEPATOBASIQUE 13 BD AIN FAUJAT 75018 PARIS</i>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie les Trésoriers</i> <i>05 22 32 10 80 - 05 22 32 10 80</i>	13/11/2020	300,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552	G	[REDACTED]
D	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553		
[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				
COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]				
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]				
DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]				
FIN D'EXECUTION [REDACTED]				
COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]				
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]				
DATE DU DEVIS [REDACTED]				
DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]				

DR. MOHAMMED JALIL BENKIRANE

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
 Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy
 Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE
 Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



دكتور محمد جليل بنكيران

خبير في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبواسير

خريج كلية الطب بباريس
 ملحق سابق بمستشفيات باريس
 مجاز في الكشف بالمنظار
 مجاز الكشف بالتلفرز
 مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغدية
 عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

13/11/2020

Casablanca, le :

MME MAATOUQUI NAJIA



PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS
 • LOT : S001
 PER : 08/2023
 PRIX : 158.60 DH

L O T 202345 1
 EXP 10 2022
 P P V 40.00

40,00

ng, matin, midi et soir, après les repas pendant 15 jours

1.S

PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS n dehors des repas pendant 15

ir au coucher pendant 3 mois.

LOT:20148 PER:09/2023
 PPV:21,00 DH

LOT:20148 PER:09/2023
 PPV:21,00 DH

LOT:20148 PER:09/2023
 PPV:21,00 DH



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