

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

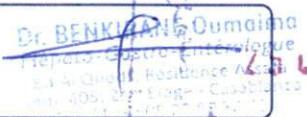
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère personnel.

N° W19-554607

57350

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3682	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SKALI FETTACHI KHALID			
Date de naissance : 22/03/66			
Adresse : 8107 HINS CALIFORNIE			
Tél. : 0661065395		Total des frais engagés : 940,72 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. BENKHAÏD Oumaima Gastro-Entérologue Centre Allal Ben Abdellah 6ème étage - Casablanca 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18			
Date de consultation : 11/12/2020 ACCUEIL SIEGE RA:			
Nom et prénom du malade : SKALI FETTACHI Nour Age : 54			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Colopathie fonctionnelle			
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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

OK

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
14/02/2018	CS ECHOGAST		30000 Dhs 30000 Dhs	INP : 9M181248 Dr. BENKIRANE Ouhmed Hépato-Gastro-Intérologue Bd Al Quods, Résidence Asata Imme. 405, 2 ^{me} Etage - Casablanca Tél. : 052 21 50 40 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 MAISON PHARMACEUTIQUE BENNOUIN 1222715 001225000	11/12/20	340,20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

DET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Oumaima BENKIRANE
Ep Lahlou

Spécialiste en Hépato-Gastro-Entérologie

Echographie - Fibroscopie - Coloscopie - Proctologie

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Diplôme universitaire des hépatites virales et Anti-viraux, U

Diplôme Universitaire des Maladies inflammatoires chroniques intestinales, UPMC Paris

الدكتورة أسماء بنكريان

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض

الفحوصات، بالصدى - تقطير المعدة والمعى الغليظ

علاج أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم جامعي لالتهاب الكبد الفيروسي - باريس

دبلوم جامعي لأمراض الالتهاب المزمن للأمعاء - بـ

PPV : 34DH70
PER : 10/23
LOT : 12934

11/12/2020

Casablanca, le

DUSPATALIN 200MG
GELU B20

P.P.V : 54DH00

118000 010531

Mme Skalli Fettachi Benjellouna Nora

49,80 FLAGYL 500

1 comprimé, 2 fois par jour, avant les repas (pendant 8 jours)

54,00 DUSPATALIN 200

1 gélule, 2 fois par jour avant repas (pendant 2 semaines)

122,70 DICETEL 100 MG

1 comprimé, 2 fois par jour au milieu repas, au milieu des repas (pendant 2 semaines)

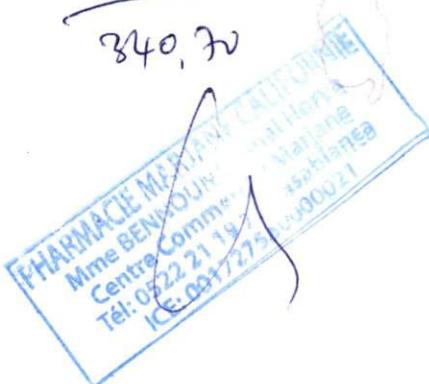
29,90 KALMAGAS

2 comprimé, 2 fois par jour avant repas (pendant 2 semaines)

34,70 ZEPAM 6 MG

1/2 comprimé le soir au coucher (pendant 2 semaines)

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
118000 060062



Dr. BENKIRANE Oumaima
Spécialiste en Hépato-Gastro-Entérologie
Résidence ASSAFIA, Casablanca, Boulevard Al Qods
Tél/Fax : 05 22 50 30 31 Immeuble 405, 2^e Etage

شارع القدس، تجزئة السكن الأثنيق - «إقامة الصفاء»، عمارة 405، الطابق الثاني الرقم 13 - الدار البيضاء الهاتف/fax: 05 22 50 30 31

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Al Anik - «Résidence ASSAFIA», Immeuble 405, 2^e Etage N° 13 - CASABLANCA
Tél/Fax : 05 22 50 30 31 E-mail : oumaimabenk81@yahoo.fr

122,30

Lot: 200510
A consommer de
préférence avant le: 09/2025

PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®



Casablanca, le

11/12/2020

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Mme SKALLI FETTACHI BENJELLOUNE

Clinique

douleurs de HC et flanc droit

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers sans image focale en son sein.

Vaisseaux hépatiques libres. (VSH de répartition et de morphologie normale), TP de calibre normal libre

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine, à contenu transsonore.

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Pancréas de taille et d'échostructure normales

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles, ni d'image de lithiases.

Pas d'ascite

aérocolie +++

Conclusion

Echographie abdominale sans particularités

Nombreux gazs coliques diffus



DR OUMAIMA BENKIRANE

11/12/20 14:52:50

ADM

SKALLI FETTACH NORA

MI 0.5 Tib 0.1 C2-5-RC

Abdomen

B CHI
Frq 4.0 MHz
Gn 76
E/A 2/3
Carte A/D/0
D 18.0 cm
DR 72
FR 22 Hz
AO 100 %
XBea m On



DR OUMAIMA BENKIRANE

11/12/20 14:51:10

ADM

SKALLI FETTACH NORA

MI 0.5 Tib 0.1 C2-5-RC

Abdomen

B CHI
Frq 4.0 MHz
Gn 76
E/A 2/3
Carte A/D/0
D 18.0 cm
DR 72
FR 22 Hz
AO 100 %
XBea m On





DR OUMAIMA BENKIRANE

11/12/20 14:50:35

ADM SKALLI FETTACH NORA

MI 0.5

Tlb 0.1

C2-5-RC

Abdomen

B CHI
Frq 4.0 MHz
Gn 76
EA 2/3
Carte A/0/0
D 18.0 cm
DR 72
FR 22 Hz
AO 100 %
XBea m On

