

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.

Biologie 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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° M21- 0055435 ¹⁻⁵⁸⁴⁵⁸

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7397 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M^{me} MOUTI SOUAD

Date de naissance : 13/06/62

Adresse :

Tél. : 0658573846 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BENKIRANE Hind

Date de consultation : 17/05/2022

Nom et prénom du malade : Fatiha Saïad Age :

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

Nature de la maladie : Traumatisme du genou

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
17/04/2022	1 infilt	300	300	Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tél: 05 22 99 78 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

17/2/22 52,60

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

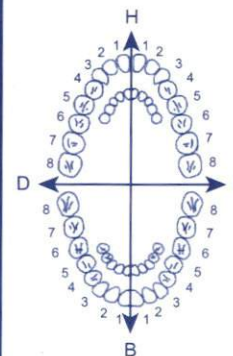
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

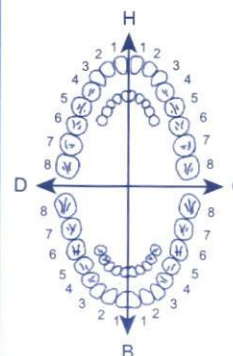
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse
- Thérapie par onde de choc
- Thérapie par PRP

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

والتأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بلييج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبيلي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

- فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

- التداوي بالدم

Casablanca, Le

28.80 x 2
vikonenif

24 x 16

S.V

M. Hach
- saved

(1 mois)

57.60

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 05 22 90 78 09


PHARMACIE OUM ERRABII
Dr. Admane BIDAH

49, Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI, EL OULMA
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 36 72 - Fax: 05 22 90 12 60

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

28,80

102, شارع أم الربيع، إقامة سلمى، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا  الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia  Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : cabinet.hbenkirane@gmail.com



صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabji

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE N° 008510

V/C N° :

Client :

Casablanca, le :

17-2-22

M^e = MOUTI SAMAD M^e = 7394

Quantité

DESIGNATION

P.U.

TOTAL

2

Vibram D3 - Bon

20,90

41,80

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

AMMI N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118011 272228

PPV : 20,90 DH

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

AMMI N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118011 272228

PPV : 20,90 DH

PHARMACIE OUM ERRABII
49 Boulevard Oued Oum Errabji
Hay Hassani - Casablanca - Tél: 05 22 90 88 72 - Fax: 05 22 90 12 56

Dr BENKIRANE Hind,
Spécialiste en médecine physique
et réadaptation fonctionnelle
DIU de traumatologie du sport et
de podologie

CASABLANCA LE: 17/02/2022

Nom :

Mme MOUTI Souad

Facture N° :

16682022

Désignation	Montant
Infiltration de Depo medrol genou droit	300,00
total	300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:
Trois Cent dirhams

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 06 22 99 78 09

102, Bd oued Oum Rabī, rés Salma, RDC, près de la polyclinique CNSS, Hay
Hassani, Tél fixe: 022907809, GSM :011176137, Email :hbenkirane@yahoo.fr
INPE : 091186783 PATENTE : 3502045 ICE : 001636477000076 CNSS
8022494