

# 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

M22- N° 004634

12067A

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : M. BIRKOU Mohamed-Naji  
 Date de naissance : 07/01/1938  
 Adresse : 35 COURS DES SPORTS  
 20200 CASABLANCA / HH  
 Tél. 0662512154 Total des frais engagés : 2143,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 16/06/2020  
 Nom et prénom du malade : M. BIRKOU Mohamed-Naji Age: 84  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : GLAUCOME  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie  
 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 : 16/06/2020  
 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
16 JUIN 2022			300,00	 Docteur BEKIRANE M.M. Tél: 0522 25 10 43 - 22 15 41

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.6.2022	1843,20

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H		G																				
		25533412	21433552	00000000	00000000																			
		00000000	00000000	00000000	00000000																			
		35533411	11433553																					
B																								
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur M. M. BENKIRANE

Diplômé de la Faculté de  
Montpellier  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Membre de la Société Française  
d'Ophthalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41  
C. : 05 22 20 10 15



# الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمونبولى  
أمراض وجراحة العيون  
عضو للجمعية  
الفرنسية لأمراض العيون  
1، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

الهاتف: عيادة: { 05 22 22 15 41  
05 22 20 10 15 }

Casablanca, le : ..... 16/6/2022

M. M. Benkirane

V Pres

00 VW

00 (180 + 0,50) + 3,50

+ Motem  
✓ ulryll

127,00 x 6  
126,10 x 6

Coq. unc  
à 21<sup>h</sup>

SV (6 places)

54,40 x 6

Coq. unc  
à 8<sup>h</sup> et 20<sup>h</sup>

SV (6 places)

1843,20

Coq. unc  
c. ux.

SV (6 places)

PHARMACIE GHAFIRI  
22, Angle Bd Terrains de Sport,  
Rue Abourrouss Ferme Bretonne  
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

Docteur BEKIRANE M.M.  
Ophthalmologue  
Tél.: 0522 20 10 15 - 22 15 41

M. Benkirane

LOT U031803 1  
EXP 07 2023  
PPV 126. 10 DH

LOT U027227 1  
EXP 05 2023  
PPV 126. 10 DH

LOT U027227 3  
EXP 05 2023  
PPV 126. 10 DH

LOT U037807 2  
EXP 10 2023  
PPV 126. 10 DH

LOT U037807 2  
EXP 10 2023  
PPV 126. 10 DH

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651 9

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LOT/EXP.:  
EY1145  
ER1234  
01/2024  
PPV 27DH00

LOT/EXP.:  
EY1145  
ER1234  
01/2024  
PPV 27DH00

LOT/EXP.:  
DX5540  
EA0279  
05/2023  
PPV 27DH00

LOT/EXP.:  
EY1145  
ER1234  
01/2024  
PPV 27DH00

LOT/EXP.:  
ER9031  
EJ2308  
09/2023  
PPV 127DH00

# Docteur M. M. BENKIRANE

Diplômé de la Faculté de  
Montpellier  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Membre de la Société Française  
d'Ophtalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41  
C. : 05 22 20 10 15 }



# الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمونبولى  
أمراض وجراحة العيون  
عضو للجمعية

الفرنسية لأمراض العيون

1، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

الهاتف: عيادة: { 05 22 22 15 41  
05 22 20 10 15 }

Casablanca, le :

16/6/20

Prescription de médicament faite à

M. M. BILKA Mohamed d'age pour la  
periode Mars, Avril, Mai 2022 où M. Bilka  
était hospitalisé et ne pouvait se déplacer  
vers mon cabinet en même temps que la  
prescription pour le mois de Juin, Juillet  
et Août 2022

Certificat pour le 16/6/2022 pour service  
et pour valoir à qui de droit

Docteur BENKIRANE M  
Ophtalmologue  
Tél: 05 22 22 15 41