

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019824

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3672 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHIRBOUB MOHAMED

Date de naissance : 15-08-1959

Adresse : LOT. LAAYOUNE N°14 - HARBURA - TETARA

Tél. : 0661181908 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : oussama guennoun Age :

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

Nature de la maladie : Tendinite patellaire du suprapatellaire

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 : CASA Le : 10 / 01 / 2013

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
27 DEC 2022			6	<p>Dr. KHERAB</p> <p>Medecin Lieutenant Colonel</p> <p>Rhumatologue</p> <p>Hôpital Militaire Avicenne</p> <p>INPE: 071228282</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie ESSAADA</p> <p>Fatima ENNAJJI</p> <p>05 37 61 00 00</p> <p>INPE: 102027210</p>	27/12/22	260.90

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	
<p>Cabinet BENKIRANE de Rééducation</p> <p>Mme Salwa BENKIRANE</p> <p>51, Avenue M. V. Tamaia 10, Apt N°2</p> <p>Tel: 05 37 61 00 00 / 06 61 86 47 88</p>	14/01/23		13 séances		1100

RELEVÉ 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															
				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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري ابن سينا
مراكش

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMÉES ROYALES
HÔPITAL MILITAIRE AVICENNE
MARRAKECH

Le : 12 DEC 2022

ORDONNANCE

Dr. Anass KHERRAJ
Hôpital Militaire Avicenne
Rhumatologue
INPE: 071228282

VOXCIB® 200 mg ○
20 gélules



LOT : 20097
PER : 02/24
PPV : 144,30 DH

144,30

1) Voxib 200

0 - 1 -

144,60

2) Dalost.

141,60

15 jours

MACIE ESSAADA
Hôpital Militaire Avicenne
Rhumatologue
INPE: 071228282

3) Belmagal 20

49,00

49,00

4) Voltaren emulgel

53,00

53,00

LOT: M0549
EXP: 08 2024
PPV: 53,00 DH

260,90

Dr. Anass KHERRAJ
Hôpital Militaire Avicenne
Rhumatologue
INPE: 071228282



Témara, le : 26.02.2023

FACTURE N° 372

Nom du Patient : Mme WIDAD IMENIAH

Diagnostic : Tendinite du supra-épineux et

Nombre de Séance : 15 (quinze) séances

Prix de la Séance : 200,00 Dirhams

Total à Payer : 3000,00 (trois mille) Dirhams

Cabinet BENKIRANE de Rééducation
Mme Salwa BENKIRANE
51, Avenue Med V, Appt N°2
- Témara -
Tél: 05 37 61 65 00 / 06 61 86 47 88

Le :

27 DEC 2022

ORDONNANCE

Dr ANASS KHERRAB
Médecin Lieutenant-colonel
Rhumatologue
Hopital Militaire Avicenne
INPE: 071228282
Ouidad Ioumansa.

15 séances de rééducation.
pour Tendinopathie du
supra épinaux du côté droit.

- Physiothérapie.
- exercices de recentrage
de la Tête Humérale.
- Apprentissage de l'auto-rééducation.

Cabinet BENKIRANE de Rééducation
Mme Salwa BENKIRANE
51, Avenue M^{me} V. Taïeb 10, Apt N°2
- Témara -
Tél: 05 37 61 65 00 / 06 61 86 47 88

Dr ANASS KHERRAB
Médecin Lieutenant-colonel
Rhumatologue
Hopital Militaire Avicenne
INPE: 071228282

Cabinet BENKIRANE de Rééducation
 Mme SAÏMA BENKIRANE
 51, Avenue M^{re} V. Talaa 10, Apt N°2
 - Témara -
 Tél: 05 37 61 65 00 / 06 61 86 47 88

Date	Jour	Heure
24.01.23	Mardi	10h.00
02.02.23	Jeudi	10h.00
06.02.23	Dim.	10h.00
08.02.23	Mardi	10h.00
13.02.23	Dim.	10h.00
14.02.23	Mardi	10h.00
16.02.23	Jeudi	10h.00
17.02.23	Vendredi	10h.00
20.02.23	Dim.	10h.00



Cabinet BENKIRANE de Rééducation

Rééducation et Médecine Douce



0537 61 65 00



06 28 16 99 11

Carte de Rendez - vous

Nom et Prénom : Mme Widad Imensen

Date	Jour	Heure
28.12.22	lundi	10 h 00
03.01.23	Mardi	10 h 00
06.01.23	Vendredi	10 h 00
12.01.23	jeudi	10 h 00
16.01.23	Samedi	10 h 00
17.01.23	Mardi	10 h 00

N° Dossier: 144901 
N° Dossier externe: ACC-03672-13-01-2023
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: IMANSAR WIDAD
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 13-01-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 13-01-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↑]

Date	Type	Commentaire
16-01-2023	Manuel	TENDINOPATHIE EP OK 15 S KINE