

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0037167

151568

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3511 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAKHANI BENALI SAID
 Date de naissance : 9-12-1949
 Adresse : 178 Résidence AZUR DAKHOUBA
 Tél. : 06 390 31137 Total des frais engagés : 158530 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENKIRANE MED JALIL
 HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
 13, BD. AIN TAOUJATE - CASABLANCA
 Date de consultation : 23/01/2023
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dommages aux reins
 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 :
 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 Règlement des Actes
23/01/23	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/23	158,30

INP : 092076553

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

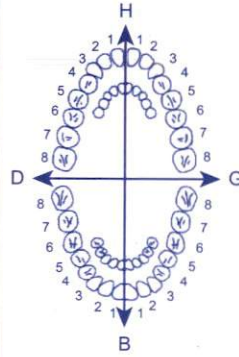
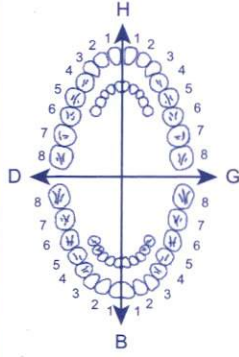
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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"> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le. 28/1/23

M. DAKHAMA BENNANI S

Né le : 09/12/1949



CJ023A16091130

DR. BENKIRANE MED JAL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
13, Bd. An Tacoulate - Casablanca
Tél : 05 22 27 03 53

74,80

Spectrum ms

18 x 21



74,80

30,50

ANAL



x 6
Analyze

1clm x 34

Analyze

53,00

Dak teri



x 15

1yr x 31

x 10

158,30

صيدنية الاديب

PHARMACIE ALADIB

Dr. ZGOUZ Nadia
05.22.33.00.92

DR. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, Bd. An Tacoulate - Casablanca

Tél : 05 22 27 03 53

LOT : 2178
UT AV : 08 - 25
'P.P.V.' : 30 DH 50

ARGO[®]

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

**Suspension
buvable**

Voie orale

 janssen

Voie buccale
Pour application locale
 Tube de 40 g avec
 dispositif de mesure



2% gel buccal

Appliquer sur la zone à traiter avec un
 doigt propre : ne pas administrer
 directement dans la bouche avec le
 dispositif de mesure

Daktarin®
miconazole

MAF
 748619
 607

Daktarin®
 miconazole

2% gel buccal

millilitre (mL)

fois/jour pendant

jours

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



DAKTARIN + GROSSESSE =
DANGER

**Ne pas utiliser chez la femme
 enceinte, sauf en l'absence
 d'alternative thérapeutique**

JANSSEN-CILAG

1, rue Camille Desmoulins - TSA 91003

92787 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9 - FRANCE

© J-C 2018

Daktarin®

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Daktarin gel buccal t40g
 P.P.V : 53,00



6 118001 180745

dispositif de mesure