

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 50.88 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHAZRAJI Bajija

Date de naissance : 13/09/1955

Adresse :

Tél. : 06.61.06.44.22

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : Mme EL KHAZRAJI Bajija

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Colopathie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 29 MAR 2023

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 Blanca

Le : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : EBB

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
22.3.23	S	1	100	<i>Dr. BENKIRANE MED JAH</i> <i>HEPATO GASTRO ENTEROLOGY</i> <i>131 BD. AIN TAOUJTA - CASABLANCA</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Kadir Hassan 63, Rue Mameu-Mohamed	29.03 2023	pharmacie du Complexe Sportif Mme KADIRI HASSANI Fatima 63, Rue Mameu-Mohamed Tél : 05 22 36 05 07 631,709 H

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	

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	
				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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. Mohammed Jalil BENKIRANE

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

اختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز في الكشف بالتنفس

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو في الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

22/03/2023

Casablanca, le.....

MME EL KHAZRAJI BAHIJA

pharmacie du Complexe Sportif

Mme KADIRI HASSENI Fatima

63, Rue Mamoun Mohamed

Tél : 05 22 27 03 53

Anti-Gas

99,00 1 sachet, matin et soir, juste après repas à prendre sans eau
selon pesanteur

3050

• Argo

1 càm, matin, midi et soir après repas, pendant 15 jours

8370 X €

• Deroxat 20 mg

1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 3 mois

631,70

pharmacie du Complexe Sportif
Mme KADIRI HASSENI Fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Tél : 05 22 27 03 53

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13 Bd. Aïn Taoujتate - CASA

LOT UT AV
NEWPHARMA P.P.C
199 00

LOT : 2743
UT AV : 09 - 25
P.P.V : 30 DH 50

ID:650656 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:83,70 DH
6 118001 140237

ID:650656 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:83,70 DH
6 118001 140237

ID:650656 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:83,70 DH
6 118001 140237

ID:650656 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:83,70 DH
6 118001 140237

13، زنقة عين توجطات - إقامة إيلIAS - الطابق الثاني (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء

13, Bd. Aïn Taoujتate - Résidence ILIAS - 2ème Etage (en face de la Clinique Badr) - Casablanca

هاتف/fax : 05 22 27 03 53 :