

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058103

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3151 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GUAGIN Abd Age : 160 338
 Date de naissance : 01/06/1956
 Adresse : PONT EL QOUS AV. IBN BADIS N° 21
 LAAYOUNE
 Tél. : 0670593891 Total des frais engagés : 292500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2022
 Nom et prénom du malade : M. EL MOUNAOUAICHEN Age : 03/11/85
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : RCH
 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

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
23.23	S	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
24.10.2023	23.23	2415,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

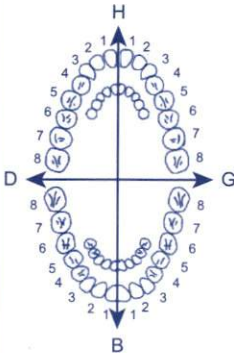
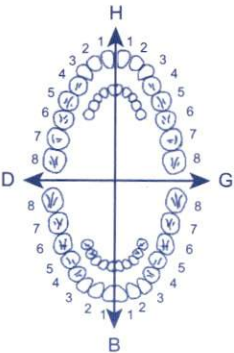
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Docteur M.J BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Diplôme de la faculté de médecine de Paris

Ancien attaché au CHU Bicha (Paris) et à l'hôpital de Poissy

Diplôme en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplôme en échographie digestive

Diplôme en nutrition

Membre de la société Française d'hépatogastroentérologie

الدكتور محمد جليل بنكيران

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبنكرياس

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

02/03/2023

Casablanca, le :

MME EL MGHARI AICHA

• Salcrozine faes 500mg

3 Comprimé, matin et soir après repas, pendant 3

• Pentasa 1g /100ml

1 dose deux fois par semaines pendant 3 mois

renouvellement d'ordonnance patiente non vu

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV: 256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA-Bouskoura

6 118001 070473

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV: 256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA-Bouskoura

6 118001 070473

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV: 256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA-Bouskoura

6 118001 070473

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV: 256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA-Bouskoura

6 118001 070473

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV: 256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA-Bouskoura

6 118001 070473

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV: 256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA-Bouskoura

6 118001 070473

PPV: 293,00 DH

PPV: 293,00 DH

PPV: 293,00 DH

HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
DR. BENKIRANE MED JALIL
13, BD. AIN TROUJAIT CASABA
PHARMACIE EL OUMQUMA
244 Ichissement el wafaa
Detrouba
Fix: 05.22.53.20.54

☒ **valable 3 mois**

Le 02.03/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr M. J. Benkirane

Certifie que Mlle, Mme, M. : ELMCHARRA Aïcha

Présente une RCH

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

voir ordonnance

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

DR BENKIRANE MED JALIL
13, Bd. AN TAOUJAT - CASABLANCA