

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-836073

193453

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12652 Société : PAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LEMDILKI DOUNIA

Date de naissance : 20/06/1987

Adresse : Villa 34 Route de l'Antenne de DAK

BOJAZA

Tél. : 0661794727 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine - Physique
et Rééducation Fonctionnelle
Tél : 05 22 23 73 09

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : LEMDILKI DOUNIA Age:

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

Nature de la maladie : higgs pomb fessicols

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05.FEV. 2024

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 : LAKHASSA Le :

Signature de l'adhérent(e) : 29/01/2024

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
29/01 2014	REC		300,00	Dr. BENKHAÏF Hind Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation Fonctionnelle Tél: 05 21 40 73 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Sidi Maouane 09, Résidence Souliane - Casablanca Préfecture Ain Chock - Tél: 05 22 32 17 65	29/01 2014	22	300,00

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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 29/01/2024

FACTURE N° : 00479/2024

Nom & Prénom : LEMDILKI DOUNIA

Date d'examen : 29/01/2024

Examens	Honoraires
RX RACHIS CERVICAL F+P	300 DH
NET A PAYER	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DH

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
109, Résidence Soufiane - Sidi Maarouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

109, شارع شيماء لوتيسما سفيان - سيدي معروف - الدار البيضاء
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma

Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse
- Thérapie par onde de choc
- Thérapie par PRP
- Electroneuromyographie

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بليج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبيلي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

- فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

- التداوي بالدم

- التخطيط الكهربائي

Casablanca, Le

29/01/2024

M^r Lemd. P. K.
Dania

Rx R. Ch. cervical < p

Radio Diagnostic
Sidi Maârouf
109 Résidence Soufiane Sidi Maârouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 06 21 40 78 09

102، شارع أم الربيع، إقامة سلمى، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا RENAULT الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia RENAULT Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : cabinet.hbenkirane@gmail.com



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Dr. Nadia Moubachir

Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune

Spécialiste en Radiologie

Casablanca, Le 29/01/2024

PATIENT : LEMDILKI DOUNIA
MEDECIN TRAITANT : DR HIND BENKIRANE

RX DU RACHIS CERVICAL F/P

Rectitude du rachis cervical.

Absence de lésion osseuse focale ou de tassement vertébral.

Discret pincement discal en C4-C5.

Intégrité du mur postérieur et des tissus mous prévertébraux.

Confraternellement

Dr MOUBACHIR NADIA

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
109, Résidence Soufiane Sidi Maarouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél. 05 22 32 17 65

109, تجزئة سفيان - سيدي معروف - الدار البيضاء

109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca - Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma

ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - IF : 31860431 - CNSS : 1276798

www.radiologiesidimaarouf.ma