

## 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.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W21-792129

NY31027

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 882 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SEN HAJI ELGAOUTI HAFIDA

Date de naissance : 30/4/58

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU PHARE</i> Avenue du Phare - Casablanca Tel: 0522 26 68 11 - Fax: 0522 42 22 39	27/02/23	1049,50
	27/02/23	216,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

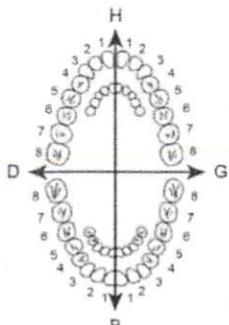
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

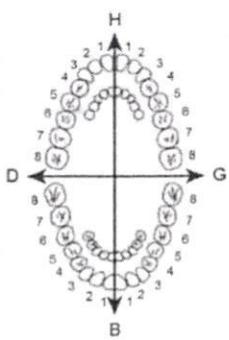
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEBUT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien attaché au CHU Bichat (Paris) et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplômé en échographie digestive

Diplômé en nutrition

Membre de la Société Française d'Hépato Gastro Entérologie

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسر

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفرة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد



Casablanca, le : .....27/02/2023.....

**MME SENHAJI ELGAOUATI HAFIDA**

• **Pyléra**

80 3,00 3 Gélule le matin après petit déjeuner puis 3 Gélule le midi après déjeuner puis 3 Gélule le soir après le dîner puis 3 Gélule au coucher. Traitement de 10 jours

• **Argo**

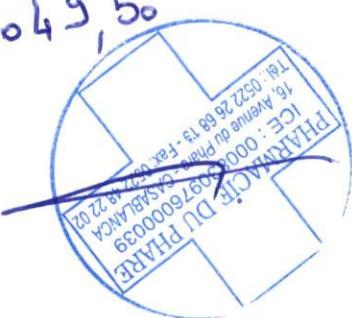
3,50 1 càm, matin, midi et soir après repas, pendant 10 jours

• **Euzol 40mg**

216,00 1 gélule, matin, soir, avant repas, pendant 10 jours puis 1 gélule, matin, avant repas, pendant 6 semaines

Régime sans lait ni produits laitiers pendant 10 jours

1049,50



13, Bd Ain Taoujtate ( en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2<sup>ème</sup> Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطاث مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

05 22 27 03 53 - الهاتف - الدار البيضاء - أنفا -

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

# الدكتور محمد جليل بنكيران Docteur M.J BENKIRANE

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

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

Diplômé en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplômé en échographie digestive

Diplômé en nutrition

Membre de la Société Française d'Hépato Gastro Entérologie

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسر

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفرة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد



Casablanca, le : ..... 27/02/2023 .....



MME SENHAJI ELGAOUATI HAFIDA

• Leflox 500mg

1 Comprimé, midi, après repas, pendant 7 jours

• Kopred 20mg

3 Comprimé, matin, après repas, pendant 5 jours

• Ezuzol 40mg

1 gélule, le matin avant repas pendant 7 jours

• Docivox

1 càm, matin, midi, soir

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AIN TAOUIJTATE - CASA

PHARMACIE DU PHARE  
ICE : 000830976000039  
16, Avenue du Phare - CASABLANCA  
Tél: 0522 26 68 19 - Fax: 0522 48 22 02

13, Bd Ain Taoujتate ( en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2<sup>ème</sup> Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطاث مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com



GTIN 05016007207996  
LOT 228102A  
MFG 06 2022  
EXP 05 2025  
SN 533643600452

**PYLERA® gélules**

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :  
SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262



7

comprimés pelliculés  
Voie orale

Leflox PHARMA 5®

Lévofoxacin

500 mg

Adultes

68x20x95



7

comprimés pelliculés  
Voie orale

Leflox PHARMA 5®

Lévofoxacin

500 mg



Adultes

LOT : 5711  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 111 DH 00

PHARMA 5

120  
Capsules



**PYLERA®**  
CAPSULES

(bismuth subcitrate potassium 140 mg,  
metronidazole 125 mg, tetracycline HCl 125 mg)

**Rx only**

Combination therapy indicated for the  
eradication of *Helicobacter pylori*

Daily Dosing Dispenser included

66009AQ10  
301994-01

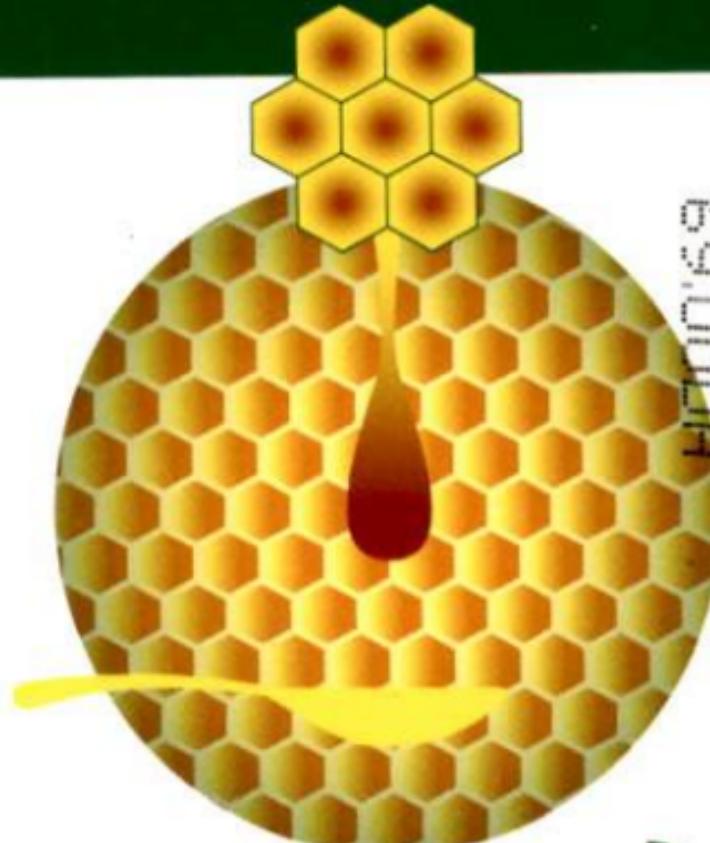
# DociVox

## Sirop naturel sans conservateur

# AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES (THYM-MAUVE-MELEZE)

## Goût miel - menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
  - Adoucit la gorge irritée en cas de toux
    - Renforce les défenses naturelles



200 ml

Deva

# أوزول

إزومبرازول

40 ملغم



28

كبسولة  
عن طريق الفم

وجدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

LOT : 2558  
PER : 08-25  
P.P.V : 216 DH 00

PHARMA 5

**LOT : 4418**  
**UT AV : 11 - 25**  
**P.P.V : 30DH50**

# ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension

buvable

Voie orale