

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société : 166175

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MKIHANTAN FATNA

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : HAY HANAA n°. 30 N/11
casablanca

Tél : 0661 609791 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/2023

Nom et prénom du malade : MKIHANTAN FATNA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint



Nature de la maladie : Domium Abdoni nul

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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) : _____



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
19 05 2013	0		6	  Dr. Monahen SPÉCIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET MÉDICAL 21, Bd. Raoul Follereau 75223 Paris Cedex 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

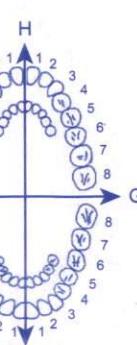
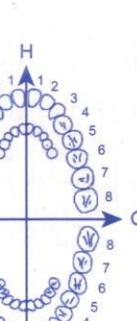
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed BENNANI

Diplômé de Besançon - France
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestins)
Fibroscopie Digestive
Diplômé d'Echographie de Strasbourg
Attestation de Proctologie de Paris
(Hémorroïdes - Fissures - Fistules Anales)
Ancien Attaché des Hôpitaux de France
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie SNFGE
Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive SFED
Membre de la Société Européenne d'Endoscopie Digestive ESGE
Membre de la Société Nationale Française de Colo-proctologie SNFCP

الدكتور محمد بناني

خريج كلية الطب ببوزنوسون فرنسا
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - التنظير الداخلي
حاائز على شهادة الفحص بالأشعة ما فوق الصوتية
 بكلية الطب بستراسبورغ
حاائز على شهادة أمراض البواسير بباريس
ملحق سابقًا بمستشفيات فرنسا
عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو في الجمعية الفرنسية للتنظير الباطني
عضو في الجمعية الأوروبية للتنظير الباطني
عضو في الجمعية الوطنية الفرنسية لطب المستقيم

Casablanca, Le الدار البيضاء، في

Casablanca le : 19/06/2023

Mme MKHANTAR FATNA

RANCPHEX 20 MG 2 BOITES

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 28 jours

CARDIOASPIRINE 100MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 30 COMPRIMES 3 BOITES

1 Comprimé le midi au cours du repas pendant 30 jours

MEGASFON 160

1 Comprimé orodispersible si besoin

REFLUX AID SIROP

1 Cuillère à soupe le matin 1 Cuillère à soupe le midi 1 Cuillère à soupe le soir après le repas

SPECTRUM 250 MG

1 comprimé x 2 fois / j au milieu du repas

229.20

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. A. Bennani-Soumia
7, Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tel: 05 22 94 67 43

Docteur Mohamed BENNANI
SPECIALISTE
des Maladies de l'Appareil
Digestif
47, Bd. Rahal El Meskini
Casablanca
Tel: 05 22 31 47 42 / 06 60 13 43 66



PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. IKRI Scumia
7, Marché El Hana Hay El Hana
Génebalaqua - Tél: 05 22 34 67 40

20. مبلغ
تمعمل، الجرعة
لمرة بالداخل.
الأطفال.
25 درجة منوية.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 090283

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. IKRI Scumia
7, Marché El Hana Hay El Hana
Génebalaqua - Tél: 05 22 34 67 40