

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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

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'Horloger  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0048988

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 35.11 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ReTraite

Nom & Prénom : DAKHAMA BENNANI Sahid

Date de naissance : 9/12/1949

Adresse : Residence AZUR n°176 Tamarac2 Casa

Tél. : 06 390 315 37 Total des frais engagés : 1163 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/07/2020

Nom et prénom du malade : M. TAKAR : DAKHAMA BENNANI

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

19 NOV. 2020

ACCUSE

11/11/2020



# 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
12 OCT 2020			3000	
12 OCT 2020			4000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/10/2020

215,30

19/10/2020

248,10

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

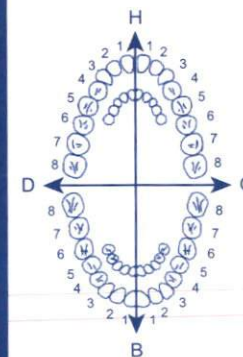
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

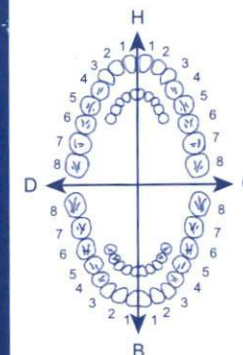
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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. MOHAMMED JALIL BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

## الدكتور محمد جليل بنكيران

إختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي و البواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

• 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



19/10/2020

Casablanca, le : .....

**MME TAKAFI ÉP DAKHAMA BENNANI FATIHA**

**• D Cure forte**

1 ampoule par mois pendant 3 mois

**• Ofiken 200mg**

1 Comprimé, matin, soir, après repas

**• Acticarbine 70 mg**

1 Comprimé, matin, midi, soir

صيدلية معتمد من تماريس  
Pharmacie Certifiée de Tamaris  
EL IDJESSI AOUJIL NIL Fatiha  
Km 10 Route Azemmour Angad  
Route Tamaris 1 Dar Bouazza  
Casablanca - Tél : 05 22 33 00 46

DR. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AIN TAOUJATE - CASA

# Ofiken®

Céfixime

## 200 mg



**8** Comprimés pelliculés

Voie orale



LOT 200327

EXP 01 22

PPV 102.00 DH



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

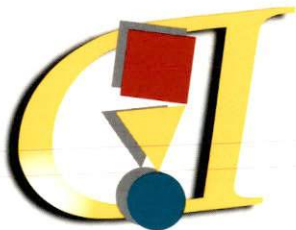


سوطيما  
sothema

PPV:49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



وحدة لولجة 100 000  
كواليتي ستيروول D3  
قيتا مين

قوي  
كتر - ب

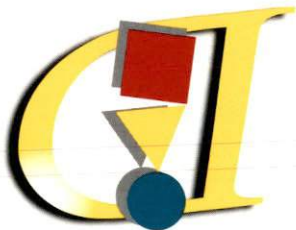
شرب للشرب



PPV:49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



١٠٠ ٠٠٠ وحدة لوزة  
كواليتي ستيروول D3  
فيتا مين

قوي  
٥- كتر

شرب للشرب

# أكتيكاربين

84 قرصا مغلفا أبيضاً

## أكتيكاربين

كلورهيدرات البابايرين / فحم منشط



ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)

PPV 46,90 DH SOTHEMA



84 قرصا مغلفا أبيضاً

لعلاج عسر الهضم و انتفاخ الأمعاء



3400934312908

LOT: AJC111

EXP: 12/2024

Titulaire de l'AMM / Distributeur : SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence ELERTE

Fabricant : Laboratoire AJC PHARMA

16120 Châteauneuf-sur-charente - France

Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
Diplôme de la faculté de médecine de Paris  
Ancien attaché au CHU Bichat (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'hépatogastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والباو  
مجاز بكلية الطب بباريس  
ملحق سابق بمستشفيات باريس  
مجاز الكشف بالمنظار  
مجاز الكشف بالتلفزة  
مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية  
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : .....

12/10/2020

**MME TAKAFI ÉP DAKHAMA BENNANI FATIHA**

• **hemofast**

1 suppo le soir pendant 15 jours

• **Avenoc**

1 app sur suppo le soir, pendant 15 jours

• **Euzol 40mg**

1 gélule, soir, après repas si reflux ou douleur épigastrique

14,50 x 3  
49,00  
122,80

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, Bd. AIN TAOUJTATE - CASA

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

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطات 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



# Hemnofast®

6 Suppositoires  
Voie rectale



14,50

# Hemnofast®

6 Suppositoires  
Voie rectale



14,50

# Hemnofast®

6 Suppositoires  
Voie rectale



14,50

40 ملغ

# أوزول

®

إزومبرازول



14

كبسولة  
عن طريق الفم



وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

PHARMAS

122,80



le soir 15 jour.



**Titulaire et exploitant :**  
**BOIRON**  
 2 avenue de l'Ouest Lyonnais  
 69510 Messimy - France

**BOTTU SA**  
**PPV : 49 DH 00**

**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES**  
 Médicament homéopathique  
 traditionnellement utilisé dans le traitement  
 des hémorroïdes.

**MODE D'EMPLOI**  
 Appliquer 3 ou 4 fois par jour la pommade en  
 couche mince, après toilette locale.  
 Prolonger le traitement quelques jours après  
 la disparition complète des symptômes.

**COMPOSITION**

En cas de douleurs internes, l'application  
 intra-rectale est possible grâce à la canule  
 amovible jointe à chaque tube.  
 Ficaria verna TM ..... 0,01 g  
 Paeonia officinalis TM ..... 0,01 g  
 Adrenalinum 3 DH ..... 0,05 g  
 Amyleini hydrochloridum 1 DH ..... 5,00 g  
 Lanoline, Vaseline q.s.p. 100 g. Excipient à  
 effet notoire : lanoline.

Lire la notice avant utilisation.  
 Tenir hors de la portée et de la vue des  
 enfants.  
 Ce médicament ne peut pas être utilisé chez  
 la femme enceinte.  
 Ce médicament peut être utilisé chez  
 la femme allaitante.  
**Tube de 30 g avec canule rectale.**  
**Médicament autorisé n° : Visa 215-1643.**

Hémorroïdes  
**Avenoc®**

**BOIRON®**

