

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.

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.

Éducation :

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

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 : 93535

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR FATNA

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : HAY EL HANNA Rue 30. N. M CASA

Tél. : 06.61.60.97.21 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : M KHANTAR FATNA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleurs Abdominales

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
22/07/2021	CR		50	Mohamed BENALI SPECIALISTE Radiologie Oncogyn Dr Meskin 22 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">ARMERIA HAY EL HANA</p> <p>Mme. FIRRI Sounia 3, Marche El Hana Hay El Hana Tel.: 05-22-94-67 03-22-8832</p>	27/10/2011	160,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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 ببوزنسون فرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - التقطير الداخلي

حاائز على شهادة الفحص بالأشعة مافق الصوتية

بكالوريوس في الطب بستراسبورغ

حاائز على شهادة أمراض البواسير بباريس

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو في الجمعية الفرنسية للتقطير الباطني

عضو في الجمعية الأوروبية للتقطير الباطني

عضو في الجمعية الوطنية الفرنسية لطب المستقيم

Casablanca le : 27/10/2021

Mme MKHANTAR FATNA

INEXIUM 20 MG 2BTES



1 Comprimé le matin 1/2 heure avant le repas

TRIMEDAT GEL 150 MG



1 Gélule le matin 1 Gélule le midi 1 Gélule le soir avant le repas pendant 2 semaines

METEOSPASMYL GEL 2 BTES



1 Capsule le matin 1 Capsule le soir 1/2 heure avant le repas pendant 14 jours

REFLUXAID STICK



1 Sachet le matin 1 Sachet le midi 1 Sachet le soir après le repas pendant 14 jours

PERIDYS CP



1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir 1/2 heure avant le repas pendant 2 semaines

HEPAFLORE GEL



1 Gélule à 10h., 1 Gélule le soir 22 H pendant 14 jours

CARDIOASPIRINE 100MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 30 COMPRIMES



1 Comprimé le midi au cours du repas pendant 28 jours

Docteur Mohamed BENNANI
Spécialiste de l'appareil
des Maladies de l'appareil
47 Bd. Rahal El Meskini
Tél: 05.22.31.47.42 / Casablanca

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. FIKRI Soumnia
7, Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél: 05.22.31.47.42

Docteur Mohamed BENNANI
Spécialiste de l'appareil
des Maladies de l'appareil
47 Bd. Rahal El Meskini
Tél: 05.22.31.47.42 / Casablanca

Docteur Mohamed BENNANI
Spécialiste de l'appareil
des Maladies de l'appareil
47 Bd. Rahal El Meskini
Tél: 05.22.31.47.42 / Casablanca

47, Bd Rahal El Meskini - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 31 47 42

شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء - الهاتف/الفاكس : 05 22 31 47 42

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bneau al aquam roches
nantes casablanca
UNEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
84015DMP/21NRC P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293



LOT : 8974
UT.AV: 05-26
P.P.V: 47DH20



HEPAFLOR®

Active la flore et équilibre le transit intestinal

Poids Net : 19,5 g 69,80DH

A consommer
de préférence avant fin : 08/2023
Lot n° :

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. TIKRI Soumia
7, Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél: 06 22 54 67 47