

# 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0003471

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société : 93535

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR FATWA

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : HAY EL HAWA 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 : MKHANTAR FATWA 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) :



# 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
27 OCT 2021	ca			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/21	160,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

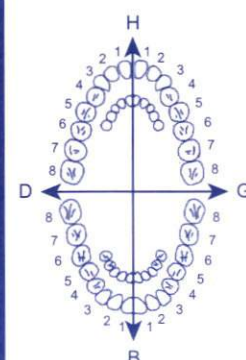
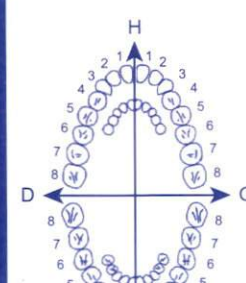
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <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			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 بپوزنسون فرنسا  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - التنظير الداخلي  
حائز على شهادة الفحص بالأشعة مافوق الصوتية  
بكلية الطب بپستراسبورغ  
حائز على شهادة أمراض البواسير بپاريس  
ملحق سابقا 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 : 27/10/2021

Mme MKHANTAR FATNA

82.10  
49.20  
40.40  
32.80  
69.80  
27.70  
460.80  
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

460.80  
Docteur Mohamed BENNANI  
SPECIALISTE  
des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
47, Bd. Rahal El Meskini  
Casablanca - Tél: 05.22.31.47.42

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

Docteur Mohamed BENNANI  
SPECIALISTE  
des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
47, Bd. Rahal El Meskini  
Casablanca - Tél: 05.22.31.47.42

Docteur Mohamed BENNANI  
SPECIALISTE  
des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
47, Bd. Rahal El Meskini  
Casablanca - Tél: 05.22.31.47.42

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

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



SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
840150MP 21AHO 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

**HEPAFLOR®**  
Active la flore et équilibre le transit intestinal

Poids Net : 19,5 g e 69,80DH

A consommer  
de préférence avant fin : 08/2023  
Lot n° : X048A

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvéine 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**  
Alvéine 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**  
Alvéine 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

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

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marche El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 54 67 47

32,80  
P.P.V : 32,80  
6 118001 100293

32,80  
P.P.V : 32,80  
6 118001 100293