

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ACOUMI EL MOSTAFA 106056

Date de naissance : 21 mars 1951

Adresse :

Habituelle

Tél. : 06 66 96 22 76 Total des frais engagés : 1075,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/2011

Nom et prénom du malade : ACOUMI EL MOSTAFA

Age : 59

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Joint ABDOMINAL

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 : 000

Le : 2/12/2011

Signature de l'adhérent(e) :

ANAS

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-056211

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2005

Nom de l'adhérent(e) : ACOUMI EL MOSTAFA

Total des frais engagés : 1075,00

Date de dépôt : 2/12/2011

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## 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<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## VOLET ADHERENT

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

## 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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins                             | Coefficient      |                         |
|------------------------------|---|--|------------------|-------------------------|
|                              |   |  |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |   |  |                  | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |                  | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |  |                  | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |                  |                         |
|                              | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | H<br>D<br>B<br>G | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  | 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'Échographie 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 - التغذير الداخلي

حاائز على شهادة الفحص بالأشعة مافق الصوتية

بكلية الطب بستراسبورغ

حاائز على شهادة أمراض البواسير بباريس

ملحق سابقاً بمستشفيات فرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو في الجمعية الفرنسية للتغذير الباطني

عضو في الجمعية الأوروبية للتغذير الباطني

عضو في الجمعية الوطنية الفرنسية لطب المستقيم

Casablanca le : 02/12/2021



Mr AGOUMI EL MOSTAFA



26,00

1/2 le matin, 1/2 le midi, 1/2 le soir avant le repas pendant 14 jours

30,80 DH X 2

2 Gélules le soir pendant 14 jours

TRIMEDAT SIROP



2 Cuillère à soupes le matin, 2 Cuillère à soupes le midi, 2 Cuillère à soupes le soir 1/2 heure avant le repas pendant 2 semaines 2btes

32,80 DH X 2

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir 1/2 heure avant le repas

14 jours

AULCER 20 MG GEL



1 le matin, 1 le soir avant le repas pendant 14 jours

325,00



Dr Mohamed BENNANI  
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

# 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 02/12/2021

# الدكتور محمد بناني

خريج كلية الطب ببوزنون فرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - التقطير الداخلي

حاائز على شهادة الفحص بالأشعة مافق الصوتية

بكلية الطب بستراسبورغ

حاائز على شهادة أمراض البواسير بباريس

ملحق سابقا 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

NOM : MR AGOUMI EL MOSTAFA

## C/R D'ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

Le foie est de taille et d'échostructure homogène, aux bords réguliers sans anomalie focale circonscrite intraparenchymateuse décelable et sans dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

Absence d'anomalie de calibre ou de trajet des structures veineuses portales et sus hépatique.

Cholécystectomie.

Le pancréas d'aspect normal. Il en est de même pour la région mésocolique

La rate est homogène, de taille normale.

Les deux reins sont de taille normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation pyélo-calicielle.

La vessie présente des contours réguliers et une paroi fine.

Absence de masse ou de collection anormale visible notamment au niveau de la fosse iliaque droite.

Météorisme colique diffus.

-C/C : AEROCOLIE DIFFUSE.  
CHOLECYSTECTOMIE.

Dr Mohamed BENNANI  
des SPECIALISTE  
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

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

**DOCTEUR MOHAMED BENNANI**  
**SPECIALISTE**  
**HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE**  
**ET PROCTOLOGUE**  
**47,Bd.Rahal El Meskini**  
**Tel : 0522 31 4742 CASABLANCA**

FACTURE 6.2.12. 2011

NOM: AGouMi EL MOSTAFA

CONSULTAION SPECIALISTE C2 300 DH

ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE

Z40 450 DH

---

TOTAL 750 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE SEPT

CENT CINQUANTE DIRHAMS.

Docteur Mohamed BENNANI  
SPECIALISTE  
des Maladies de l'Appareil  
digestif  
47, Bd. Rahal El Meskini  
Tél: 05-22-31-47-42 / Casablanca

