

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0019317

127624

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR - FATMA

Date de naissance : 01-01-1944 Casablanca

Adresse : HAY EL HANA RUE 30 N°1 Casablanca

Tél. : 0661609721

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/08/22

Nom et prénom du malade : MKHANTAR FATMA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.

**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



# 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
02/08/22				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL HANA</p> <p>Mme. FIKRI Soumia</p> <p>7 Marché El Hana Hay El Hana</p> <p>Casablanca - Tél: 05 22 94 67 40</p>	02/08/22	482,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

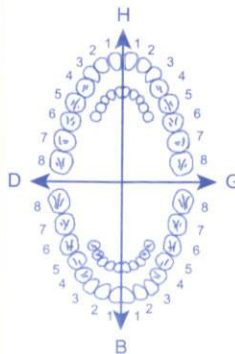
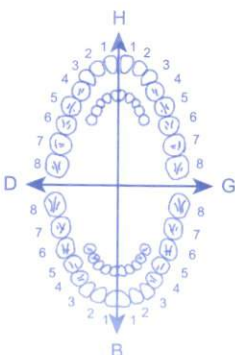
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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)  
Fibroskopie 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 - التنظير الداخلي  
حائز على شهادة الفحص بالأشعة ما فوق الصوتية  
بكلية الطب بستراسبورغ  
حائز على شهادة أمراض البواسير بباريس  
ملحق سابقاً 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 ..... في الدار البيضاء،

Casablanca le : 02/08/2022

Mme MKHANTAR FATNA

4040 p2  
39.80  
6860  
32,80x2  
11370x2  
482.20  
PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Coumia  
7, Marabout Hay El Hana  
Casablanca - Tél : 05 22 31 47 42 / 06 60 13 43 66

METEOSPASMYL GEL

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

HEPANAT

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 28 jours

PERIDYS CP

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

RANCIPHEX 20 MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 28 jours

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



**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

**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

**هيپانات**  
40 قرص 68,60 DH  
A consommer de  
préférence avant fin : 03/2025  
Lot n° Y060F

**HEPANAT® 40 comprimés**  
6006643003013  
ESI

**هي**  
39,80 DH  
Lot: Y0550  
Per: 02-2025

**PERIDYS 10MG**  
CP PELL B20

32,80

**PERIDYS 10MG**  
CP PELL B20

32,80

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 49

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 49

**RANCIPHEX® 20 mg**  
28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale

PPV: 113 DH 70  
20 mg  
Préparations, Posologie  
Lire la notice à l'intérieur.  
et de la vue des enfants.  
Température ne dépassant pas  
l'indication.

**RANCIPHEX® 20 mg**  
28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale

PPV: 113 DH 70  
20 mg  
Préparations, Posologie  
Lire la notice à l'intérieur.  
et de la vue des enfants.  
Température ne dépassant pas  
l'indication.

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 49

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 49

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 49