

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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0019317

12762M

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR - FATNA

Date de naissance : 01 - 01 - 1944 à Casablanca

Adresse : HAY EL HANA RUE 30 N°11 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 - FATNA Age :

Lien de parenté : Elle Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/08/22 | 12 | | | |
| 02/08/22 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|---------------------------------------|-------------|---|
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | B | |
| | | | | 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'Echographie de Strasbourg

Attestation de Proctologie de Paris

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules Analas)

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 ببوردو فرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - التنظير الداخلي

حاائز على شهادة الفحص بالأشعة ما فوق الصوتية

بكلية الطب بستراسبورغ

حاائز على 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

الدار البيضاء، في

Casablanca le : 02/08/2022

Mme MKHANTAR FATNA

METEOPASMYL 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

PHARMACIE JAY EL HANA
Tunisie, Casablanca, Tizi Ouzou, Soumia
Tél: 05 22 54 67 49

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

47, Bd Rahal El Meskini - Casablanca - Tél : 05 22 31 47 42 / 06 60 13 43 66

06 60 13 43 66 / 05 22 31 47 42 - الهاتف : 47، شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء - الهاتف :

E-mail : bennani.cabinet@gmail.com البريد الإلكتروني :

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

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



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

هي
 39,80 DH
 Lot: Y0550
 Per: 02-2025
 6 111255 870202

PERIDYS 10MG
 CP PELL B20
 6 118000 011248

32,80

PERIDYS 10MG
 CP PELL B20
 6 118000 011248

32,80

PHARMACIE ILY 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
 6 118001 300808
 (Cl) 20 mg
 imprimé.
 cations, Posologie:
 lire la notice à l'intérieur.
 et de la vue des enfants.
 température ne dépassant pas
 idité.

RANCIPHEX® 20 mg
 28 comprimés gastro-résistant
 Voie orale
 6 118001 300808
 (Cl) 20 mg
 imprimé.
 cations, Posologie:
 lire la notice à l'intérieur.
 et de la vue des enfants.
 température ne dépassant pas
 idité.

PPV: 113 DH 70
 20 مل
 ية لكل قرص
 ية، موائمه الاستعمال، الجرعة
 مل، أقل انتشاره بالداخل،
 بول و عراي الأطفال،
 رارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.

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

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

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