

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1678

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M KHANTAR FATNA

Date de naissance : 01.01.1966

Adresse : 1 Hay Chouani Rue 30 N° 11 Casablanca

Tél. :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la 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) :

[Signature]

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
09 01 2023	(Signature)		(Signature)	Dr MOHAMED BELAITI BENNANI des Marques de l'Ordre des Médecins 47, Bd Rambaud 75009 Paris 01 43 22 37 49 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE HANAY Mme DIAW Sembene Marché El Hanay El Hanay Tunisie - Tel. 052-31-57 IMPE-999998882	03/01/23	1002,20

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 - التنظير الداخلي

حاائز على شهادة الفحص بالأشعة ما فوق الصوتية

بكلية الطب بستراسبورغ

حاائز على شهادة أمراض البواسير بباريس

ملحق سابق بمستشفى 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 الدار البيضاء، في

Casablanca le : 09/01/2023

Mme MKHANTAR FATNA

6450 RANCIPHEX 20 MG

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 14 jours

114,100 CRESTOR 5 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ BOÎTE DE 30 COMPRIMES

3390 X3 1 Comprimé le soir après le repas X3 MOIS

TRANSYL GELULE

1 Gélules le matin 1 Gélules le soir au cours du repas le premier jour puis 1 gélule matin et soir
pendant 14 jour

82,10 INEXIUM 20 MG

1 Comprimé le soir 1/2 HEURE avant le repas pendant 14 jours

74,00 LAXANAT SIROP

2 Cuillère à soupes à 10h., 2 Cuillère à soupes au coucher avant le repas pendant 14 Jours

88,50 APIXOL SPRAY

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10 jours

110,00 OFIKEN 200 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ BOÎTE DE 16 COMPRIMES

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 8 jours

1002,20

PHARMACIE HAY EL HANA
14 Rue 7 Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tel: 05 22 31 47 42

Docteur Mohamed BENNANI
SPECIASTE
des Maladies de l'Appareil
Digestif
47 Bd. Rahal El Meskini
Casablanca
Tél: 05 22 31 47 42

RANCIPHEX® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



PPV: 64 DH 50

leur.
it pas

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair brou al soukem roch
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boute 14
84015DMP/21/NRC P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591



LOT:
220G20
2025/08
PPC: 89,50 DH

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

OFIKEN® 200 mg
Céfixime
Boîte de 16 comprimés

Remboursable AM

6 118000 022343

LOT 223307

EXP 09 24

PPV 170.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS
42 ☀ ☀ ☀ ☀ ☀ ☀ ☀

a base de plantes naturelles

TRANSYL

LOT : CA207A

DLUO : 02/2025

PPC : 89,50 DH

PHARMA CONNECT

a base de plantes naturelles

TRANSYL

LOT : CA207A

DLUO : 02/2025

PPC : 89,50 DH

PHARMA CONNECT



PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. FIKRI Soumia
7 Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tel: 05 22 94 87 40

Laxanat®

Solution buvable adulte et enfant

TRANSIT & DIGESTION

consommer de préférence avant fin :

lot :

Authorisation du Ministère de la Santé :

A 20201503557DMP/20L



V006 - 02/22

ETLAXA200IPH

LAXANAT SIROP 200ML
PPC : 74.00

Ut Av Lot :
04/2025 2210303/1

IPHADERM

LOT: 2210303/1
PER: 04/2025
FAB: 04/2022



3