

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

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



Déclaration de Maladie
M23-009037

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR FATNA

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : HAY EL HANA Ri. 30 IV- M. Casablanca

Tél. : 0661 60 97 21 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11.01.2023

Nom et prénom du malade : MKHANTAR FATNA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs articulaires

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

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
11 JUL 2023			30000	Docteur Mohamed EL HANAY SPECIALISTE des Maladies de l'Appareil Stomatognathique 47 Bd. Raissouni Tél: 35 42 31 47 42 / Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL HANA Mme. F. Soumia Marché El Hana Hay El Hana Casablanca - Tél: 05 22 24 57 19 MP 09203839	11/07/23	362,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

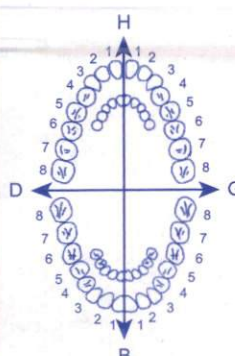
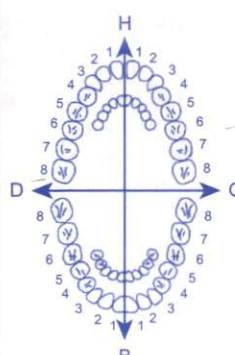
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G 00000000 00000000 11433553 (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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 Anales)

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie SNFGE

Membre de la Société Nationale 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 ببورسوزن 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 : 11/07/2023

Mme MKHANTAR FATNA

MEGASFON 160

1 Comprimé orodispersible si besoin

REFLUX AID SIROP

1/2 Cuillère à soupe le matin 1/2 Cuillère à soupe le midi 1 Cuillère à soupe le soir après le repas

Pendant 21 jours.

RANCIPHEN 20 MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 7 jours puis 1 cp/ jour x 21 jours.

Composition: (abéprazole sodique (DCI) 20 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.
Indications, Contre-indications, Posologie
Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

20 ملغ
فرص
مع الإستعمال، الجرعة
قرأ النشرة بالداخل.
مراى الأطفال.
لا تتعدى 25 درجة مئوية.

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

6 118001 300808

20 mg
PPV: 113 DH 70

فرص
مع الإستعمال، الجرعة
قرأ النشرة بالداخل.
مراى الأطفال.
لا تتعدى 25 درجة مئوية.

Posologie
notice à l'intérieur.
vue des enfants.
ne dépassant pas

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

6 118001 300808



REFLUXAID®
Sirop anti-reflux

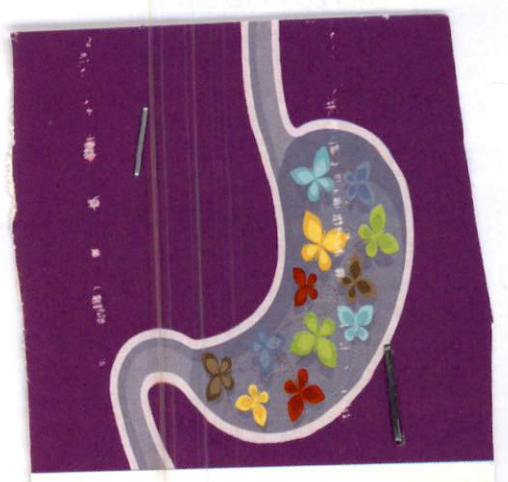
6 118002 080075

LOT 2127224
EXP 2024/09
PPC 65 DHS

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

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

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



REFLUXAID®
Sirop anti-reflux

6 118002 080075

24060000
2024/09
PPC 70 DHS