

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-512265

N D. 32481

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2847 Société : R.A.P.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DOUNIA CHANSADHA  
 Date de naissance : 06/01/1953  
 Adresse : 59 B. ZERKTOUNI RESIDENCE LES FLEURS 9ème ETAGE CASA  
 Tél. : 0651989687 Total des frais engagés : 245,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : CHANSADHA Dounia  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleurs Abdominales  
 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 : CASA Le : 15/06/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-512265

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 : 2847  
 Nom de l'adhérent(e) : DOUNIA  
 Total des frais engagés : 245,10 Dhs  
 Date de dépôt : 24/06/2020



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicinal attestant le Paiement des Actes
16/06/22	C2		G	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
16/06/22	215,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 ببورنسون 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

16 JUN 2020

73,50  
2/ Foluax 20chub  
1.1.20  
40,40x2  
2/ Detropyl 100  
1.1.20  
22,40x2  
2/ Indubur 500  
1.1.20  
46,00  
4/ Digestine  
0.0.1.16  
205,10

MB  
S.V.  
S.V.  
S.V.  
S.V.

20  
20  
20

Pharmacie LAHONICHER  
33 Rue Taraboussa  
Tel: 022 27 94 56  
Fax: 34203201  
CASA

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

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

مستحق



TRENKER

30 كينسولة

LOT 200295 1  
EXP 02 2025  
PPV 46.00

46,00



# INDUCTAN®

trimébutine

100mg



10 suppositoires

09366114/3

..... 100 mg  
s.p..... 1 suppositoire.

LOT N° :

UT. AV. :

rimés, et en granulés pour

TIQUE (TYPE

PE

MEDICAMENT

ES) :

ouleurs des maladies digestives

iés.

NTEUSES ET AUTRES

## INDUCTAN®

maléate de trimébutine 100 mg

INDUCTAN®  
10 suppositoires



07/1/88

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

L'allaitement est possible lors d'un traitement par ce médicament. D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

# INDUCTAN®

trimébutine

100mg



10 suppositoires

09366114/3

..... 100 mg  
s.p..... 1 suppositoire.

LOT N° :

UT. AV. :

rimés, et en granulés pour

TIQUE (TYPE

INDUCTAN®  
10 suppositoires

PE



MEDICAMENT

ES) :

ouleurs des maladies digestives

iés.

INDUCTAN®  
maléate de trimébutine 100 mg

NTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

L'allaitement est possible lors d'un traitement par ce médicament. D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

# forlax 10g

Macrogol 4000

Enfant à partir de 8 ans / Adulte

LOT : P19424  
Exp : 08/2022



maphar

Zi Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73,50 DH



6118001181193

# ميتيوسباسميل®

سترات ألفيرين 60 ملغ سمكون 300 ملغ

VN8439

01-2020

01-2023

**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



20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

رقم الحصة / LOT

ت. الإنتاج / FAB

ت. ص. / EXP



# ميتيوسباسميل®

سترات ألفيرين 60 ملغ سمكون 300 ملغ

VN8439

01-2020

01-2023

**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



20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

رقم الحصة / LOT

ت. الإنتاج / FAB

ت. ص. / EXP