

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 canalaire, 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 canalaire.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-004710

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société : 166170
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MKHANTAR FATNA
 Date de naissance : 01.01.1944
 Adresse : HAY ELHANA R. 30 N. 11
 Casablanca
 Tél. : 0661609721 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

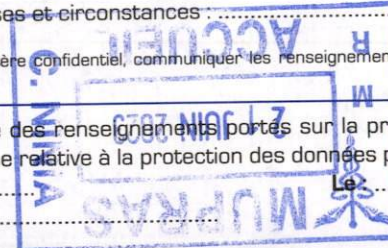
Date de consultation : 15.06.2013
 Nom et prénom du malade : MKHANTAR FATNA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleurs Abdominales
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
15 JUN 2023			300912	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/06/23

525,90

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

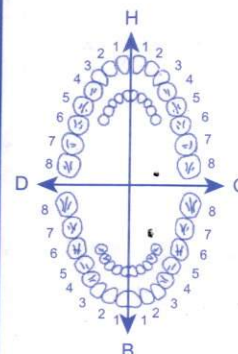
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G
35533411 11433553
B

(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)
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 سابقا 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 : 15/06/2023

Mme MKHANTAR FATNA

113.70
114.10
119.00
65.00
RANCIPHEX 20 MG

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 28 jours

CRESTOR 5 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ BOÎTE DE 30 COMPRIMES

1 Comprimé le soir après le repas X3 MOIS

MANIEZ 24

1 Gélule le matin, 1 Gélule le soir avant le repas

REFLUX AID SIROP

1 Cuillère à soupe le matin, 1 Cuillère à soupe le midi, 1 Cuillère à soupe le soir après le repas

525.90
PHARMACIE HAY EL HANA
N°107 - 7, Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél: 05 22 31 47 42 / 06 60 13 43 66
Docteur Mohamed BENNANI
SPECIALISTE
des Maladies de l'Appareil
Digestif
47, Bd. Rahal El Meskini
Tél: 05 22 31 47 42 / Casablanca

PPV: 113 DH 70 20 ملغ

معال، الجرعة
رعة بالداخل
لأطفال
درجة مئوية، 25

eur.
nt pas

RANCIPHEX® 20 mg ○

28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 1118001 300808

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



6 118001 183104

PK:119 DH



6 111261 750017

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



6 118001 183104

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. STARI SCUMIA
7. Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél: 05 22 64 67 42

LOT

LOT 2127224

EXP 2024/09



PFC 65 DHS

REFLUXAID®



6 118002 080075