

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - 5ème 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

W21-833013

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8558

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bannani Saad

Date de naissance : 23/08/66

Adresse : Rce Al Yakout. Av Robinia. Sect 23.

Hay Ryad. Rabat

Tél : 066 115 7638

Total des frais engagés : 2.679,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Majid BENNANI
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
81, Rue du Maroc - Agdal Rabat
Tél : 05 22 22 78 18 - Fax : 05 22 22 78 19

Date de consultation : 22/12/2023

Nom et prénom du malade : BANNANI

Age : 57

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

DNID diabète

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/12/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-833013

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 : 8558

Nom de l'adhérent(e) : Saad Bannani

Total des frais engagés : 2.679,00

Date de dépôt :

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
09/12/77	L		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/23	2379w
		INPE 26780

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

[illegible]

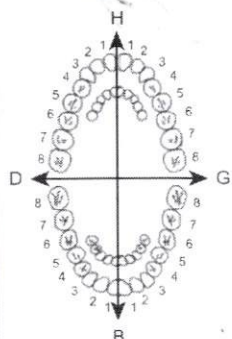
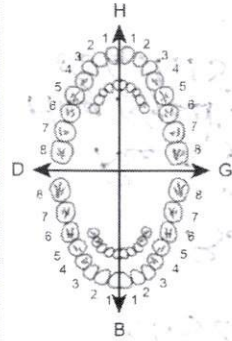
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
																													
					MONTANTS DES SOINS																								
					DEBUT D'EXECUTION																								
					FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D			B																									
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																					MONTANTS DES SOINS		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																											
				DATE DU DEVIS																									
				DATE DE L'EXECUTION																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Majid BENNANI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Adultes et Enfants

Doctorat d'Etat des Hôpitaux de Paris
(Lauréat de la Faculté Saint-Antoine)

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgie du Sport-Arthroscopie
Chirurgie de la Main-Microchirurgie
Pathologies de la colonne vertébrale



الدكتور مجيد بناني

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
لللكبار والصغار

حاصل على دكتوراه الدولة باريس

جراح سابقا بمستشفيات باريس

حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتروسكوبي

جراحة اليد و الجراحة الميكروسكوبية

LE 22 /12/2023

ORDONNANCE

Rabat, le

NOM BENNANI

PRENOM SAAD

FORXIGA 10 mg 1CP MATIN 3 BOITES

TRAJENTA 5mg 1 cp apres dej

3 mois

INPE
062086780

PHARMACIE PERLE D'ORONA
ANAS AQQA
DOCTEUR EN PHARMACIE
N°5, Les Perles de BOUZHAKA
GH 10 - BOUZHAKA
Tél : 06 33 21 63 51

Dr. Majid BENNANI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
61, Rue OUM ERRABIA et Angle Avenue Atlas - Agdal - Rabat
Tél : 05 37 68 64 39 / 38 - GSM : 06 61 22 24 33
05 37 68 64 39 / 38 - GSM : 06 61 22 24 33

6 118001 040773

TRAJENTA 5 mg
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

6 118001 040773

TRAJENTA 5 mg
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

6 118001 040773

TRAJENTA 5 mg
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli b28
P.P.V : 419,00 DH

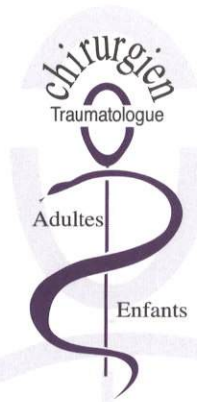
6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Dr Majid BENNANI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Adultes et Enfants
Doctorat d'Etat des Hôpitaux de Paris
(Lauréat de la Faculté Saint - Antoine)
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgie du Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main - Microchirurgie
Pathologies de la colonne vertébrale



الدكتور مجيد بناني

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
لل كبار والصغار
حاصل على دكتوراه الدولة بباريس
جراح سابقا بمستشفيات باريس
حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتروسكوبي
جراحة اليد والجراحة الميكروسكوبية
امراض العمود الفقري

Rabat, le

22/12/2023

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNE

DOCTEUR EN MEDECINE / CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE

INSCRIT AU CONSEIL DE L ORDRE NO751

CERTIFIE

Que MR BENNANI SAAD

CIN A 262876

DN 23/08/1966

PRESENTE UN DIABETE DE TYPE 2 DECOUVERT RECEMMENT

IL EST SOUS ANTI DIABETIQUES ORAUX POUR UNE LONGUE DUREE

CERTIFICAT REMIS A L INTERRESSEE POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT

Dr. Majid BENNANI
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
61, Rue OUM ERRABIA - Angle Av. ATLAS
Agdal - Rabat - Tél. 05 37 68 61 39
Fax 05 37 68 61 38 - GSM 06 61 22 24 33

61, Angle Av. ATLAS et Rue OUM ERRABIA - Agdal - Rabat

Tél.: 05 37 68 64 39 - Fax : 05 37 68 64 38

Gsm : 06 61 22 24 33

PATENTE : 25735933 - IF : 34313779 - CNSS : 6781430 - INP : 101024982 - I.C.E.: 001580810000070

61، ملتقى شارع الاطلس وام الربيع - اكدال - الرباط

الهاتف : 05 37 68 64 39 - الفاكس : 05 37 68 64 38

الهاتف المتنقل : 06 61 22 24 33