

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

M22- N° 003402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9215 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAHIM ZITOUNI
 Date de naissance : 01/01/49
 Adresse : BOUSKOURA
 Tél. : 0637944279 Total des frais engagés : 1303,70 Dhs
 668,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 01/09/2022
 Nom et prénom du malade : BOULOUARD Samira Age : 11/03/67
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : D. ou leus 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 : 31/10/22
 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
01.09.2022	lv		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Assamad sarl au Dyar Dakhama Gr 5 Imm 24 N°18 - Boussouf +212 5 22 06 63 22	01.09.2022	368,20 + 58,68 Euros (635,50 DH)

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

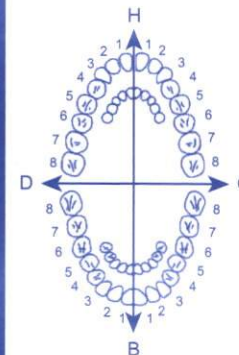
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

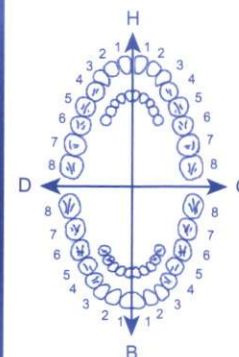
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

PHARMACIE VERMES
VERMES DELPHINE ET JEAN-FRANCOIS
62 Rue A LAMENDIN
62700 BRUAY LA BUISSIÈRE
FRANCE
Tel: 0321625021
N° SIRET: 80221841200012
Code NAF: 4773Z - FR82802218412

Page

1 / 1

FACTURE

N°5558

Du 14/10/2022

Date de l'échéance 15/10/2022

IJAZ AHMED
90 rue henri cadot
62700 BRUAY LA BUISSIÈRE

Opérateur: _ E

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
URSOLVAN 200mg Gél Plq/30 3400932340750	6	8,580	2,10%	51,48
Honor. dispens. HD7	6	0,999	2,10%	5,99

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
57,47	2,1% (4)	1,21	58,68
Total HT		Total TVA	Total TTC
57,47		1,21	58,68

Mode(s) de règlement

CB

58,68

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

facture acquittée

PHARMACIE DE L'HOTEL DE VILLE
D. ET J.E. VERMES
62, RUE A. LAMENDIN
62700 BRUAY LA BUISSIÈRE
622087203
Tél 03 21 62 50 21

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

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
شهادة أمراض البواسير بباريس

الجهاز الهضمي
الباطني
الباطني
لطب المستقيم

PPV 24DH60 EXP 02/2025
LOT 1D072 1

**POTASSIUM
LAPROPHAN®**

Sirop 125 ml

Casablanca, Le في البيضاء،

Casablanca le : 01/09/2022

Mme BOULOUARD SAMIRA

URSOLVAN 200 mg Gél Plq/30

2 Gélules le matin, 2 Gélules le soir au cours du repas.

CORTANCYL 20 MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 20 COMPRIMES

1cp1/2 Comprimés le matin après le repas 3 fois / semaine et 1 cp/j/ 4 fois par semaine pendant 28 jours

EUZOL 20 28 gelules.

1 Gélule le matin 1/2 heure avant repas

CADELIUS CP 600 MG/1000MG

1 Comprimé le soir après le repas pendant 30 jours 1 BTE

POTASSIUM SIROP 2 boites

1 Cuillère à soupe à 10h .

(voir facture jointe)

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

PPV 24DH60 EXP 02/2025
LOT 1D072 1

**POTASSIUM
LAPROPHAN®**



45,80

Cortancyl® 20mg
Prednisone

EUZOL

144,50

368,20

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

PPV: 128,70 Dhs



Pharmacie Assamad sarl au
Dyar Dakhama Gr 5 Imm 24
N°18 - Bouskoura
+212 5 22 06 63 22

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

47, Bd Rahal El Meskini - Casablanca - Tél : 05 22 31 47 42
06 60 13 43 66 / 05 22 31 47 42 : الهاتف
E-mail : bennani.cabinet@gmail.com : الإلكتروني

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 بپوزنسون 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

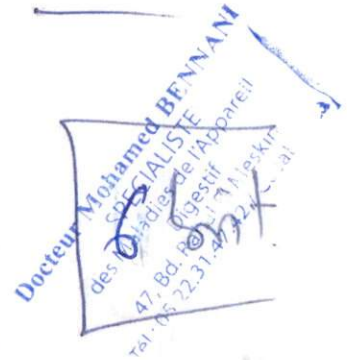
عضو في الجمعية الوطنية الفرنسية لطب المستقيم

Casablanca, Le في الدار البيضاء،

Dr BENNANI

SANINA

Ursolvan 200 mg gel



2 gel x 2/2

In reps.

total 58,68 €

635,50 DH

PHARMACIE DE L'HOTEL DE VILLE
D. ET J.F. VERMES
62, RUE A. LAMENDIN
62700 BRUAY LA BUISSIERE
622087203
Tél 03 21 62 50 21

Docteur Mohamed BENNANI
SPECIALISTE
des Maladies de l'Appareil
Digestif
47, Bd. Rahal El Meskini
Tél : 05.22.31.47.42 / 06.60.13.43.66

Ursolvan® 200 mg, gélule
30 gélules
Voie orale

47, Bd Rahal El Meskini - Casablanca - Tél : 05 22 31 47 42 / 06 60 13 43 66
06 60 13 43 66 / 05 22 31 47 42 : الهاتف - الدار البيضاء - المسكني - البريد الإلكتروني : bennani.cabinet@gmail.com

PC 03400932340750
SN Lot EXP

44694505593751
7943501
03/2025

PC 03400932340750

SN Lot EXP
44716813995583
7943501
03/2025

PC 03400932340750

SN Lot EXP
44784144623769
7943501
03/2025

PC 03400932340750

SN Lot EXP
44662730135667
7943501
03/2025

PC 03400932340750
SN Lot EXP

44811212126969
7943501
03/2025

Médicament n'existant pas
au Nitroc, acheté en
FRANCE.