

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° 09-00 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



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

Declaration de Maladie

N° W21-787084

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8324 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI ABDOU

Date de naissance : 19.01.64

Adresse : 11 ARDEA BOUSKOURA Ville Verte

Tél : 6.61.51.68.63

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENNANI ABDOU

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

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 21/03/23

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
21/02/2023	Natof. Prothèse	9	300,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21/02/2023

220,00

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

AM

PC

IM

IV

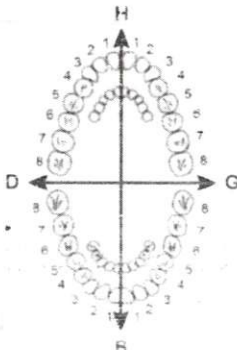
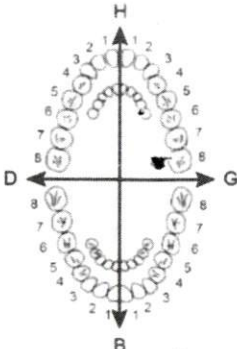
Montant détaillé des Honoraires

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le



2300233435 / 230220141216ER

Prénom : Omar

Nom : BENNANI

DDN : 08/05/2000 E: 21/02/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT

Sexe: M



53,00
1/ Docteur g

2 app x 21 j pt (27 j)
40,00



2/ Cortical 2 j


3/ 15 le matin pt 03 j



55, 20
81 - Droplis by ^x 

292 + 4 15 75 gr

79,00

41 - Apix ^x 

292 1000 x 31 1/3

T = 227, 10

 pharmacie
laplaza
MOULNAKHLA PHARMA
Tél : 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62

Crista B Lou

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant AMALOU Said
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
091235119



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 21/02/23



2300233435 / 230220141216ER

Prénom : Omar

Nom : BENNANI

DDN : 08/05/2000 E: 21/02/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT
Sexe: M

Nasofibroscopie

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant ANAJAR Said
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
091235119

FAÇON GENERALE, IL CONVIENT
TEMENT DE TOUJOURS DEMANDER A
E PRENDRE UN MEDICAMENT.

alité contient un principe actif pouvant
des contrôles antidopages.

**LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE
UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS**
- Sodium (51 mg par comprimé)

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT :

Posologie :

RESERVE A L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS

Cotipred 20 mg est adapté aux traitements d'a
nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, et
traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement
brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode et voie d'administration : VOIE ORALE.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau.
Respectez la prescription de votre médecin.

Durée du traitement : Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement
dations de votre médecin pour la diminution des doses.

Conduite à tenir au cas où l'administration d'une

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement.
prendre une dose, continuez le traitement normalement.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS :

**COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODIGE
ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS**

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent
tions et notamment le régime (cf. Précautions).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée
génants. Les plus fréquemment rencontrés sont :

- gonflement et rougeur du visage - prise de poids
- troubles du sommeil - fragilité osseuse - maux de tête
- sucre, potassium), pouvant nécessiter un régime

D'autres effets beaucoup plus rares ont été observés :

- trouble des règles - faiblesse des muscles -
- certaines formes de glaucome (augmentation de la pression

(opacification du cristallin).

NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

A SIGNALER TOUT EFFET ANORMAL

DANS CETTE NOTICE

PRECAUTIONS PARTICULIERES

- Ce médicament doit être conservé à l'abri de la lumière
- Reboucher soigneusement le flacon après utilisation

Ce médicament est inscrit à l'Annuaire des médicaments.
Respecter les doses prescrites.

Daktarin®

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

Daktarin gel buccal t40g

P.P.V : 53,00



6 118001 180745

dispositif de mesure

contre votre poids et de votre maladie
notice : voir notice

PPV: 40 DH00

PER: 12/25

LOT: L3939

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOT: 265/PER: 11/2025

PPC: 55,10 DHS

OPROPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray

Lot: 220998

À consommer

avant le: 12/2025

PPC: 79,00 DH

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métrasulfobenzoate sodique) exprimé en base 20 mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé.

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. interactions médicamenteuses et autres interactions)

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bédridil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 21/02/23

N° : 0040037

QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____


N° d'admission : _____

Montant : 300,00 _____

Patient : BENNANI OMAR _____

Cachet



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : www.hm6.ma

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300233486

F A C T U R E

N° 7 376 / 2023 du 21/02/2023

Nom patient : BENNANI OMAR

Entrée 21/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Nasofibroscopie	1,00	K	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Total 600,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	600,00				600,00	0,00

Hopital Universitaire
International Mohammed VI
Consultations Adultes
N°116:3723



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 21/02/23

N° : 0040105

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : _____

Montant : _____


600,00

Patient : _____

BENNAÏ OMAR

Cachet



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : www.hm6.ma

2300233435

F A C T U R E

N° 7 315 / 2023 du 21/02/2023

Nom patient : **BENNANI OMAR**

Entrée 21/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation ORL	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hopital Universitaire
International Mohammed VI
Consultations Adultes
090063728

COMPTE RENDU DE LA NASOFIBROSCOPIE

Bouskoura, le



2300233435 / 230220141216ER

Prénom : Omar

Nom : BENNANI

DDN : 08/05/2000 E: 21/02/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT

Sexe: M

Mme / Mr (Nom et prénom) :

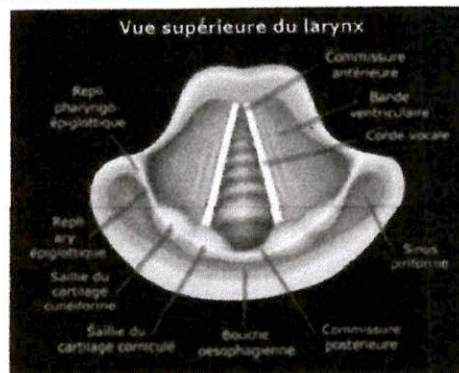
Anesthésie locale par méchage à la xylocaïne à la naphthazoline 5° /

La pénétration du nasofibroscope note :

La muqueuse des fosses nasales :
Les méats moyens, les cornets :
Le cavum :
Les orifices de la trompe d'eustache :
Les amygdales :

L'examen endoscopique du larynx et du pharynx montre :

La muqueuse pharyngée :
L'aspect du larynx :
La mobilité des deux cordes vocales :
Les sinus piriformes, la bouche de l'œsophage :
La base de langue :



Conclusion :

Signature et cachet du médecin :