

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10181**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RIMAOU EL MAATI**

Date de naissance : **4/9/1965**

Adresse : **HAY ITASSINI N° 1240 jemla**

(**R**)

Tél. : **05 22 20 2076** Total des frais engagés : **10000**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **19/11/2021**

Nom et prénom du malade : **RIMAOU EL MAATI** Age :

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 :

Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
10/11/2023	CO	G		Dr. Mohamed BEN YOUSSEF Spécialiste en Prostésthodontie Digestif et Endodontie Maladies de la tête et du cou Bd. Rachid El Fessiki 17, 1052 Casablanca Télé: 05 22 33 84 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAC 135 Rue des Ateliers BERRECHID Tél: 05 22 33 84 01	10.11.23.	249,90

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaires, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

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)

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 ببورنون فرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - التظير الداخلي

حائز على شهادة الفحص بالأشعة مأ فوق الصوتية

بكيلية الطب بستراسبورغ

حائز على شهادة أمراض البواسير بباريس

ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو في الجمعية الفرنسية للتظير الباطني

عضو في الجمعية الأوروبية للتظير الباطني

عضو في الجمعية الوطنية الفرنسية لطب المستقيم

Casablanca le : 10/11/2023

Mr RIMAOUI EL MAATI

76.80

HEPAFLORE GEL



1 Gélule à 10h 1 Gélule le soir 22 H pendant 14 jours

46.60x2

IXOR 10



1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 14 Jours

79.90.

KALMAGAS TRANSIT GEL



1 Gélules à 10h 1 Gélules à 16 h 1 Gélules au couche pendant 14 jours

24 9.90 .



Pharmacie ALAFAC
135 Rue Ila Abou Mac
- BERRACHID
Tél: 05 22 33 64

Poids Net : 19,5 g

76,80DH

A consommer
de préférence avant fin :
Lot n° :

09/2025
2068A

HEPAFLOR®

Active la flore et équilibre le transit intestinal

LOT:230478
PER:05/2026
PPC:79,90DH

KALMAGAS®
Transit

IXOR 10 mg 14 comprimés effervescents

PPV 46DH60
EXP 05/2025
LOT 31010

IXOR 10 mg 14 comprimés effervescents

PPV 46DH60
EXP 06/2025
LOT 330411

IXOR 10 mg 14 comprimés effervescents

6 118000 032762

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

47, Bd Rahal El Meskini - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 31 47 42

47, شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء - الهاتف/fax : 05 22 31 47 42