

## 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

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

M23-000101

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2105 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 166849  
 Nom & Prénom : AKKARI Ahmed  
 Date de naissance : 1957  
 Adresse : Trava California Insistante Rd le Apt 112 2  
 Au chach Casablanca  
 Tél. : 0661093846 Total des frais engagés : 920 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. Abdesslam EL MADANI  
 Chirurgien  
 INPE : 091057661  
 22, Bd. Omar El Khayam Beausejour  
 Tél. : 0522 36 69 00 - Casablanca  
 Date de consultation : 3 / 6 / 23  
 Nom et prénom du malade : AKKARI Ahmed  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Appareil dentaire  
 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 : Casablanca Le :  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3.6.2015        |                   | 1                     | 5                               | Dr. Abdelhak El Kadani<br>Chirurgien Dentiste<br>INSEE : 091054701<br>22, Bd. Omar El Khayam de Hénoua<br>Tél. : 0522 36 69 00 - Casablanca |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie J. N. EL KADANI<br>Dr. FALAH Kousse<br>Site Tadmartine - Rés. Lina<br>Tél. : 05 22 87 11 12 - Casa | 03/06/23 | 920,30                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

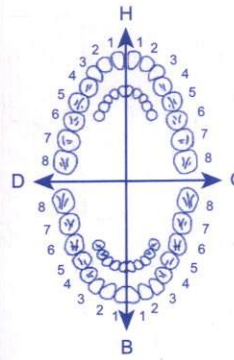
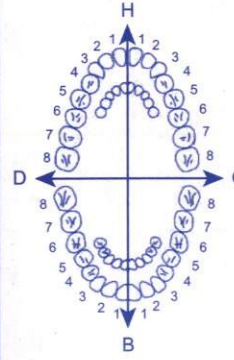
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 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 <input type="text"/> |
|   | H   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D   | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**METROZAL®**  
Métronidazole 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
PPV : 32.50 DH  
6 118000 190967

مصحة ال  
Yasmine

Dr. Abdesslam EL MA  
Chirurgien  
INPE : 0910577  
22, Bd Omar El Khayam  
Tel : 0522 36 69 00 - 0



le 3.6.23

N° AKKAOI Ahmed

13.20

① Algex



27.50

② Sparfen



221.00

③ Clavulin 1g



345.00 x 138.10

④ Lovex 0.4ml



139.00 21/11/2023

⑤ Iven 200mg

**ALGIK® 500 mg + 50 mg**  
16 comprimés

6 118000 070016

EXP : 12/25  
PV : 13/04/20

13.20

**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**1g / 125 mg**

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
..... كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.  
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

PPV: 221, 00 DH  
LOT: 649467  
PER: 03/24



Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

شارع سيدي عبد الرحمن، زاوية مكنة، حي الدار البيضاء، المغرب  
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc  
(+212) 5 22 39 69 60 - (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@clinicmeyasmine.com

Ministère de  
Santé  
Oncorad  
Groupe



32.50

Netozal 500g  
1 - 0 - 1



Dr. Abdeslam EL MADANI  
Chirurgien

INPE : 091057661

22, Bd. Omar El Khayam Beauséjour  
Tél. : 0522 36 69 00 - Casablanca

T: 920.30

IMACIE JNANE CALIFORNIL  
Dr. FALAH Youssef  
0 Photo Addresse Line  
Jnane Califfine Kim Choq  
Tél: 05 22 84 11 12 - Casa

LOT : M0960  
PER : 02/2025  
PPU : 139,00DH

# 28 كبسولة

## حبوبات صامدة

## لعضارة المعدة

## عن طريق الفم

**Ineso 20 mg** ○  
28 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410447

صنع من طرف :  
**Deva** مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. وأجدي صيدلي مسؤول  
146-147 المنطقة الصناعية بيط - الدار البيضاء

Lot/Batch : 2L562C  
Fab./Man. : 0822  
Pér./Exp. : 0725

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.I-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

**P.P.V. : 349DH00**



6 118001 080465

Titulaire AMM/Détenteur DE/MA Holder/

الشركة حاملة رخصة التسويق / صاحب مقرر التسجيل

sanofi-aventis France

82, avenue Raspail

94250 Gentilly - France

Fabricant /Manufacturer/ المصنع

Sanofi Winthrop Industrie

Boulevard Industriel, Zone Industrielle

76580 Le Trait - France



3 582910 077824