

# 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 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0040244

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : **ROYAL AIR MAROC**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : **AKKAZENE Nohamed**  
 Date de naissance : **01.01.1954**  
 Adresse : **Lohement Zahra Rue 8 n° 1**  
**Air chok - Casablanca**  
 Tél. : **0667164605** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17/05/2019**  
 Nom et prénom du malade : **AKKAZENE Nohamed**  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **Syndrôme**  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
 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 : **Casa**

Le : **12/02/2019**

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
17-1-24	c + ord		1501000H	<b>Docteur Bouchaib DYANI</b> Médecine Générale Résidence Espace Chiria Im A-Apoir N°2 Chiria - Ain Chok - Casablanca 957288 - GSM 0661 95 72 88

17-1-24 Card 1501000H

**Docteur Bouchaib**  
**Médecine Générale**  
 Residence Espace Chirila Im A-Apt N°2  
 Chirila - Ain Chok - Casablanca  
 22 - GSM 0661 95 72 88

détaillé  
raires

Cachet et signature du médecin  
attestant le Paiement des Actes

0007

**Docteur Bouchaib DYANI**  
**Médecine Générale**  
100 Dakhla Residence Espace Chirita Im 4-Appl N°2  
Hay Chirita - Ain Chok - Casablanca  
Tel 0522 50 70 22 - GSM 0661 95 72 88

NNA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Oued El Makhezine Mohamed Armine BENNANI 1 Lot Oued El Makhezine - 13111 Ain Chik - 0822 50 70 Tél: 08 22 50 70 E-mail: bennani@orange.fr</p>	17/01/24	815,80
<p>INP 092046754</p>		

17/6/24 815,80

ou du Fournisseur

pharmacie Oued El Makhazine  
 Mohamed Amine BENNANI  
 1, Lot Oued El Makhazine n°110 Oued El Makhazine  
 18 bis 252 897 E mail benbani@univ-bordj.dz  
 TEL 092946754

INP 092046754

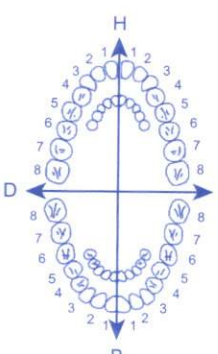
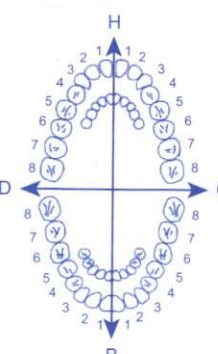
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      25533412                      00000000                      00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000                      00000000                      11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

FIN  
D'EXECUTION

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Bouchaib DYANI

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME

CIRCONCISION

Bd Dakhla - Résidence Espace Chrifa

Imm. A - Appt. N° 2 - 1er Etage

Hay Chrifa - Ain Chock - Casablanca

Tél. : 05.22.50.70.22 - GSM : 06.61.95.72.88

Résidence Avec Ascenseur

الدكتور بوشيب الديانج

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

ختانة الأطفال

شارع الداخلة - إقامة فضاء الشرفية - عمارة A - الشقة رقم 2

الطابق الأول - حي الشرفية - عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.50.70.22 - المحمول : 06.61.95.72.88

إقامة بالمصعد

E-mail : dr.dryani@gmail.com

Casablanca, le 14-1-2011

Nom & Prénom : Akkane Mohamed

## Ordonnance

17000 x2 = 34000  
of k en 200mg  
lup & al  
avant

205,00

145,00

Pharmacie Oued El Makhazine  
Mohamed Amine BENNANI  
Tel 06 22 52 70 17 E mail bennani dr@gmail.com  
INP 092046754

lup, avant repas (Avis  
pour  
M. Aguin)

1800

Parhamof lunde  
Mei 5 x 31  
ap as  
repas 14 j

26.90

x2 = 53.80

Vitamine C 1000mg  
lup — lup —  
avant repas 14 j

EN CAS D'URGENCE DE 8H À 20H APPELER 05 22 50 70 22 - APRÈS 20H APPELER LE 06 61 95 72 88

s

Prin al au 10mg



npj, le soir et le matin

54,00

**Docteur Bouchaib DYANI**  
**Médecine Générale**  
80 Dakhla Residence Espace Chritia Im A-Apt N°2  
1er étage Hay Chritia - Ain Chok - Casablanca  
Tél 0522 50 70 22 - GSM 0661 95 72 88

815,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

18,00

**pulmofluide®**  
simple

Pharmacie Qued El Makhazine  
Dr. Mohamed Amine BENNANI  
1 Lot Qued El Makhazine-nass-Elin Chok-casablanca  
Tél 06 22 52 70 17 E-mail bennani dr@gmail.com  
INP 092046764




# TAVANIC® 500 mg

lévofloxacin/levofloxacin

Voie orale/Oral use

7 comprimés pelliculés sécables  
7 film-coated scored tablets

Sanofi-aventis Maroc   
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg, CP pel b7  
P.P.V. : 205,00 DH  
  
6 118001 080830

  
Uniquement sur ordonnance - Liste I  
احرص فقط بموجب وصفة طبية - لا تصرف  
**احرص على تناول الدواء بالطريقة المحددة**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

ميكناتازين

100 ملغ

54,00







# TAVANIC<sup>®</sup> 500 mg

*lévofloxacin/levofloxacin*

Voie orale/Oral use

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg cp pel b5  
P.P.V : 145,00 DH

6 118001 080670

5 comprimés pelliculés sécables  
5 film-coated scored tablets

SANOFI 



# Ofiken®

Céfixime

## 200 mg



16

Comprimés pelliculés  
Voie orale



LOT 232814

EXP 09 25

PPV 170.00 DH



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



AVANT



APRÈS



سوطيما  
Othema

أقراص مغلفة 16

أوفيكسين® 200 ملغ  
سيفيكسيم





# Ofiken®

Céfixime

## 200 mg



**16** Comprimés pelliculés  
Voie orale



LOT 232814

EXP 09 25

PPV 170.00 DH



DURÉE

MATIN

MIDI

SOIR

AVANT APRÈS



سوطيما  
Othema

أقراص مغلفة  
**16**

أوفيكسين<sup>®</sup> 200 ملغ  
سيفيكسيم





میتا. ۱۰۰۰



۲۰ ساله

(میتا)

۱۰۰۰

**Vita C1000®**

PPV 26DH90

EXP 09/2026  
LOT 34031 23



میتا. ۱۰۰۰



۲۰ ساله

(میتا)

۱۰۰۰

**Vita C1000®**

PPV 26DH90

EXP 09/2026  
LOT 34031 23