

## 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 canaux, 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 canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 5 ans en cas de changement de statut.



## Déclaration de Maladie

N° W21-762422

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11109

Société : RAA

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JABBAR YOUNES

Date de naissance : 09-06-1973

Adresse : 123 Rue CN 31 Apt 27 Hay Hassan

Tél : 066171178 Total des frais engagés : 210 + 438 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09-06-2022

Nom et prénom du malade : JABBAR JAD

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Aménorrhée

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

03/08/22	U1		252,011	INP : 091025676
----------	----	--	---------	-----------------

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

PHARMACIE MAZOLA Mme BENAZZO N°51 Rue A. J. J. J. Hay Hassani - Casablanca Tel : 0522 93 36 89	03/08/22	438,00
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	--------

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

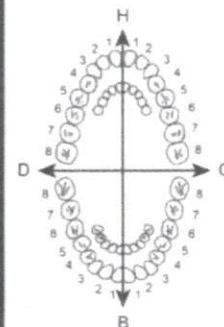

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
-----------------	----------------	------------------	-------------	-----------------------------------------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, néoesthétique

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Ouadie BENNANI**

Pédiatre  
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours  
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France  
Allergologie infantile et Asthme

Sur rendez-vous

**الدكتور وديع بناني**

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
والطب المثلي  
خريج كلية الطب بتور - فرنسا  
طبيب الأطفال سابقا بمستشفيات - فرنسا  
أمراض الجهاز التنفسي والحساسية



Casablanca, le

الموعد 23/08/2022

PHARMACIE MAZOLA  
BOUZOUZ Houssein  
rue 4 Mazola  
Casablanca  
Tél: 522 93 36 89

JABBAR JAO

234.00



SYNTHEMEDIC  
22 rue soubeir hrou al acoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM

10 mg  
Boite de 28  
Gran OR e suso buv  
en sachets-dose  
B616 DMP 21/ANP P.P.V: 234,00 DH  
6 118001 021550

INEXIUM

115.00



BIOANAL

89.50

CURWAYL

438.50



Docteur Ouadie BENNANI  
Pédiatre  
Homeopathe

159, Bd Bourgogne Appt. N° 26 Résid Shwan  
Casablanca - Tél: 05 22 43 04 73  
GSM: 06 61 42 44 46

06 61 42.44.46 : المحمول . 05 22 43.04.73 : الهاتف . البريدي : 06 61 42.44.46  
159, Bd de Bourgogne, Appt N° 26, Résid, Shwan Casablanca - Tél. : 05 22 43.04.73 / GSM : 06 61 42.44.46  
E-mail : bennaniouadie@gmail.com : البريد الإلكتروني



كيروجيل<sup>م</sup>

D3

فيتامين D3  
(كوليكالسيفيرول)

قطرات للشرب



صحة العظام  
المناعة

1 goutte = 200 UI

Co

30 مل

**Thérapiarm**  
LABORATOIRES

**Curogyl<sup>®</sup> D3**



8 051128 635522

Lot : 220096  
A consommer de  
préférence avant le : 03/2025  
PPC : 89,50 DH



### Ingédients :

Aqua, Sucrose, Maltodextrin, Lipofer® (Iron),  
Xanthan gum, Flavor-Strawberry,  
Sodium Benzoate, Potassium sorbate,  
Vitamin B12 (Cyanocobalamin),  
Vitamin B6 (Pyridoxine Hydrochloride)

#### Dosage recommandé 5 ml/jour

<b>Fer</b>	14 mg
Vitamin B6	0.7 mg
Vitamin B12	1.25 µg

LOT: 213044  
EXP: 05/2023  
PUC: 115.00DH

Fabriqué par :



unique in private label  
Cesta v Mestni log 88a  
1000 Ljubljana  
SI-European Union  
Slovénie

Distribué par :

**HEALTH INNOVATION**  
10 Rue Racine Val Fleuri, Maarif  
Casablanca Maroc  
contact@healthinnovation.ma  
www.healthinnovation.ma  
+212 522 23 22 51

ONSSA numéro : ES.5.349.16  
N°Enregistrement au ministère de la santé:  
DA2020/912135DMP / 20UCA VI

LIPOFER® is a trademark of The Lubrizol Corporation  
or its affiliates.