

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° 09-08 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

M22- 0053660

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AKKAZENE Mohamed / 162661
 Date de naissance : 01.01.1954
 Adresse : Lotissement Zahra Rue 8 n° 1
 Ain Chok Casa
 Tél. : 0667164605 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 MAI 2023
 Nom et prénom du malade : Mr AKKAZENE Mohamed Age : 69 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Mr AKKAZENE Mohamed
 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 : Casa Le : 10/05/2023
 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
08 MAI 2023	C	1	301,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Oued El Makhrout
Mohamed Amine BENKRANE
1, Lot Oued El Makhrout - Inara 1 - Ain Chou, Casablanca
Tel 06 22 52 70 17 E-mail benkrane.dr@gmail.com
INF 081046754

08/05/23 263,50

INF 092040104

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

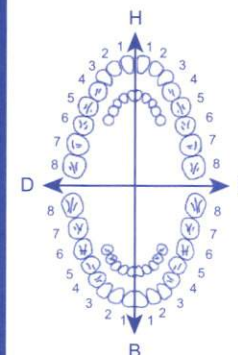
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

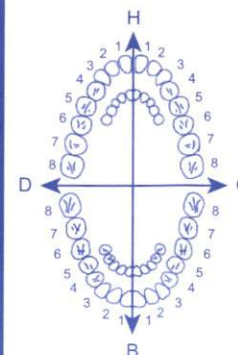
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Hépatogastro-entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien attaché au CHU Bichat-Paris et à l'hôpital de Poissy
Diplômé en Endoscopie Digestive et Interventionnelle
Diplômé en Échographie Digestive
Diplômé en Nutrition
Membre de la Société Française d'Hépatogastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي و البواسر

مجاز بكلية الطب بباريس
ملحق سابق بمستشفيات باريس
مجاز الكشف بالمنظار
مجاز الكشف بالتلفزة
مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي و التهاب الكبد

Casablanca, le : 08/05/2023

MR AKKAZENE MOHAMED

INP 092046754

- 8700
8160
7990
14000
263.50
- BioVanic 500mg
1 Comprimé, par jour le midi après repas, pendant 7 jours
 - Aler-z 10 mg
1 Comprimé, matin et soir, pendant 15 jours
 - Fitorax sirop
1 cà m, matin, midi et soir
 - Doliprane 1g
1 Comprimé, matin et soir, après repas 5 jours,

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO-ENTEROLOGUE
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENMANI
1 Lot Oued El Makhazine - Aïn Chok - Casablanca
Tél 06 22 52 70 17 E mail benmani.dr@gmail.com
INP 092046754

13, Bd Ain Taoujtate Rés Ilias Appt N°3, 2ème Étage - Quartier Bourgogne (en face clinique Badr)

Casablanca-Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13, شارع عين توجطات إقامة الياس, رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون (مقابل مصحة بدر)

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف : 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

500 ملغ

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدي صيدلي مسؤول
146-147 للنظفة الصناعية بيطمليل - الدار البيضاء

بيوفانينك

ليفوفلو كساسين

LOT: M0979
PER: 02/2025
PPV: 87,00 DH

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

7

بيوفانينك

ليفوفلو كساسين
7 أقراص مغلفة قابلة للكسر



500 ملغ

مضاد حيوي

Code : AC2 - 00184

فيتوراكس®

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات
طبيعية و زيوت أساسية
+ فيتامين C

لللكبار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

نكهة التفاح والعسل

مكوّن من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479515

Lot : 220128
À consommer
avant le : 02/2025

PPC : 79,90 DH

Doliprane®

Paracétamol **1000 mg**

10 comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

PPV:14DH00
PER:01/26
LOT:M261

LOT : 230070
EXP : 02/2026
PPV : 82.60DH

عبر الفم
10 حبة

أقرص مغلفة قابلة للكسر
دكتور محمد صالح
صباح



28 x 28

مدة 28 صباح
زوال 2 مساء

COOPER
PHARMA

ALER-Z® 10mg ○

28 comprimés pelliculés sécables



6 118000 081951