

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.

Reéducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Q Réclamation : contact@mupras.com
- Q Prise en charge : pec@mupras.com
- Q Adhésion et changement de statut : adhésion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de l'éthique médicale et assure la protection des personnes physiques et juridiques.
Ainsi, elle s'engage à :

Ne pas :



Déclaration de Maladie

N° W19485839

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AKKAZENE Notame
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 066764605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 <input type="text"/>															
			Montant des soins <input type="text"/>															
			Début d'exécution <input type="text"/>															
			Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D 00000000	00000000	G	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D 00000000	00000000	G																
35533411	11433553																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																
		Fin d'exécution <input type="text"/>																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0063897	
		Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0063897

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1679
Nom & Prénom		AKKAZENE Mohamed	
Fonction	Retraite	Phones	066 716 4605
Mail	Makazene@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient Mohamed AKKAZENE		
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	65 ans
Nature de la maladie	Douleur Lombaire gauche		Date 1ère visite 9.9.19
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS EMO		200,00 400,00	
PHARMACIE	Date 09/09/19		
Montant de la facture	142,80 + 53,00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
Diplôme de la faculté de médecine de paris
Ancien attaché au CHU Bicha (Paris) et à L'hôpital de Poissy
Diplôme en endoscopie digestive et interventionnelle
Diplôme en échographie digestive
Diplôme en nutrition
Membre de la Société Française d'hépatogastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسير
مجاز بكلية الطب بباريس
ملحق سابق بمستشفيات باريس
مجاز الكشف بالمنظار
مجاز الكشف بالتلفزة
مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 09/09/2019

MR AKKAZENE MOHAMED

- 53,00 x 2
- **Di indo 50**
1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 10 jours
 - **Duoxol 500 mg / 2 mg**
1 Comprimé, matin, soir, pendant 10 jours
 - **Aulcer 20 mg**
1 Gélule, soir, après repas, pendant 2 semaines
- 328,00
- 53,00
- 528,00
- 142,80
- T1

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

PHARMACIE DE L'ATLANTIQUE
Dr. ESSADIQ Salim
512, Boulevard Zerktouni - Casablanca
Tél.: 05 22 26 74 10

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

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطات مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

Dr. Mohammed Jalil BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

إختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي و البواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

Casablanca, le :

09/09/2019

Note d'honoraires

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutation à

Mr AKKAZENE MOHAMED

Et vous adresse selon l'usage, ma note d'honoraires

Echographie abdominale : 400,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent dirhams (400,00 DH)

SIGNATURE

DR BENKIRANE JALIL
HEPATOGASTROENTEROLOGIE
RD AIN TAOUJTATE CAS

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Casablanca le : 09/09/19

Nom et Prénom : **Mr AKKAZENE MOHAMED**

Appareil : **Mindray DC-N3**

Motif de l'examen : **douleur lombaire gauche**

Les différents plans de coupes échographiques montrent un foie de dimensions normales et de contours réguliers. Le parenchyme hépatique est d'écho structure très hyper échogène, homogène.

Il n'y a pas d'anomalie de trajet ni des vaisseaux sous et sus hépatiques

La vésicule biliaire est en position banale, paroi est fine son contenu est anéchogène sans image lithiasique.

Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées. La voie biliaire principale est de calibre normal.

L'exploration du pancréas est discriminée par la présence de gaz.

La rate est sans particularité. Le Péritoine est sec

Les reins droit et gauche sont en position anatomique, de dimensions normales, de contours réguliers et d'organisation écho-structurale sans particularité,

Il n'y a pas de dilatation pyélo - calicelle ou urétérale. Le parenchyme est d'épaisseur normale. La différenciation parenchymo - centrale est bien visible

CONCLUSION

Aérocolie très importante.

L'examen échographique de ce jour ne visualise aucune anomalie bilio-splénique ni rénale.

Stéatose hépatique importante.

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

Echographie Abdominale



Docteur

M. J BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

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 de Gastro
Entérologie

13, Bd Ain Taoujtate
(en face clinique Badr)
Rés Iliass Appt N° 3, 2^{ème} Etage - Quartier
Bourgogne
Casablanca - Anfa ☎ 05 22 27 03 53

13 شارع عين توجطات (مقابل مصحة بدر)
إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني -
الدار البيضاء - أنفا ☎ 05 22 27 03 53

E-mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

oméprazole
14 Gélules

AULCER® 20 mg

أوميزول
20 ملغ

كبسولات مقاومة لأحماض المعدة

عن طريق الفم
14 كبسولة



AULCER® 20 mg

14 Gélules



6 118001 220045

110066-03

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 18322

PER: 09-2021

PPV: 52,80 DH



Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**

ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc

Sous licence laboratoire pharmaceutique ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

CENTRUM, S.A. Espagne

Groupe A.S.A.C

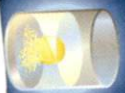
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



دي - إنڊو[®]

أندوميثاسين كالسيوم بانهيدرات

ملغ 50
15 قرصا متحلا



دي - إنڊو[®]

أندوميثاسين كالسيوم بانهيدرات

ملغ 50
15 قرصا متحلا



Di-INDO[®] 50 mg 15 comprimés dispersibles

i-INDO[®] 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 06/2021
LOT 92054 1

PPV 53DH00

EXP 06/2021
LOT 92054 1



EUROXOL[®]

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg

Voie orale

Boîte de 20 comprimés

POLYMÉDIC

041719 06/24
PPV 37DH00