

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



Déclaration de Maladie

N° W19-511797

ND: 25586

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Royal Air Maroc	
Matricule : 0819	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Farida Cheliet			
Date de naissance : 03/11/1968			
Adresse : Rue Mohamed El Yacoubi (ex Rhodée), Quartier des Hôpitaux - Casablanca			
Tél. : 0661.31.00.05 Total des frais engagés : 1157,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Hanane Ataya Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : _____

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-511797
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	



Quittance de remboursement

Maladie-Maternité

Société : BOOMERANG COMMUNICATION
Contrat n° : 010 200237/00
N° d'affiliation : 000011
Matricule société : 000000
Assuré : ATYA HANANE
Bénéficiaire : ATYA HANANE

N° de sinistre : 20433431
N° dossier :
Date de survenance : 22/01/2020
Date de traitement : 18/02/2020
Date de remboursement : 18/02/2020
Médecin : OUDGHIRI

Nature des prestations	Dépense réelles en dh	Base de remboursement	Cot. (nbre.)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
R RADILOGIE R-Z	250, 00	250, 00	000	90, 00	0, 00	225, 00
MEDICAMENTS	407, 50	272, 70	000	90, 00	0, 00	245, 43
SOINS DENTAIRES	500, 00	500, 00	014	35, 00	0, 00	450, 00
Total	1. 157, 50	1. 022, 70			0, 00	920, 43
Observations :	nr levamox*1 : manque ppv +pros					
Informations :						

AXA Assurance Maroc : 120-122, Avenue Hassan II - Casablanca 20000 - Maroc
Téléphone : +212 (0) 5 22 88 92 92 - Fax : +212 (0) 5 22 88 91 88 - internet : www.axa.ma

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

S.A. au capital de 900 000 000,00 dh - R.C. 34221 Casablanca - Patente 35502711 - I.F. 01085109 - C.N.S.S. 1087255 - ICE 000083794000087





Déclaration dentaire n° 539199

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie _____ Date du dépôt _____
du dossier

Numéro du bordereau _____

Numéro du sinistre _____

Matricule de l'assuré _____

Numéro d'affiliation
à AXA Assurance Maroc _____

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

AT Y A HANAVO

Date des soins 22/01/2020

Montant des frais exposés 1.157,5 Dh

Signature de l'assuré

À remplir par le chirurgien dentiste

Nom et prénom du malade

AT Y A HANAVO

Lien de parenté

Âge du malade

Nature des soins

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, merci de communiquer le renseignement sous pli séparé à l'attention de notre médecin-conseil.

Dr. K. G. G. Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
et Anatomopathologie
Générale et de la Dentisterie
S. A. L. L. O. S. P. B. Bourgogne
03 80 47 28 48

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

N° :

Nom de l'assuré :

Bénéficiaire :

Frais exposés : Dh

N° du sinistre :

Matricule :

Lien de parenté :

Date du dépôt du dossier : / /

Numéro du bordereau :

Numéro d'ord.

Date des soins :

...qué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la
n...els

– Conseils pratiques

- 1.** La déclaration dentaire doit toutes les pièces justificatives médicales, les documents radiologiques

2. Les prothèses dentaires temporaires sont

11

Auxiliaires médicaux

Pharmacie

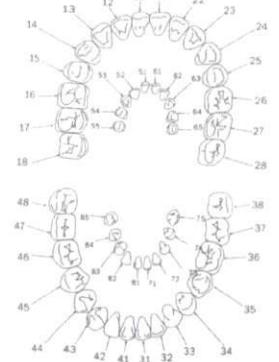
1er. 0622.86.15.13 - Casablanca
Cadre réservé à la Compagnie AXA Assurances Maroc 0622.86.00.001

**Signature et
cachet du
médecin**

**Montant
détailé
des honorai**

Soins dentaires

29 gold



Prothèse dentaire

a

Soins dentaires

Date des soins	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant des honoraires
22 d 2020	esthétique } 31		25) 10) 500	

Total des honoraires

Prothèse dentaire

Total des honoraires

Visa et cachet du praticien

(attestant la proposition)

Date du devis

Visa et cachet du praticien

Date de la réalisation

22 01202

© Cadre réservé à la Compagnie AXA Assurance Maroc

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Passe : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 18/01/2020

Facture

Nom & Prénom : **ATYA HANANE**
Date d'examen : 18/01/2020

Examen(s)	
PANORAMIQUE DENTAIRE	
Montant TOTAL	250 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT CINQUANTE DH



17, Rue Mohamed BAHI (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705

Docteur Khalid OUDGHIRI

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
enfants et adultes

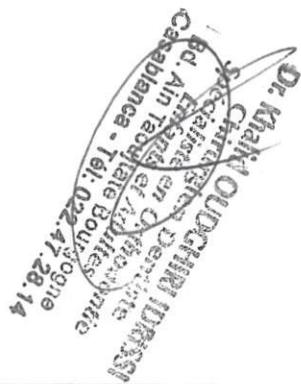
Casablanca, le *10/10/08*

الدكتور خالد ودغيري
طبيب جراح للأسنان
اختصاصي في تقويم الأسنان

Dr Hennem Ddye

Leurre

RADIOLOGIE RADIOTHERAPIE
SFERATOLOGIE MEDICAL
17, RUE MED BADI
TÉL. 0522 23 77 05
FAX 0522 23 77 05



زاوية شارع عين توجطاط وزنقة يفرن، الطابق 2، الرقم 8، بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 47 28 14
Angle Bd, Aïn Taoujtate et Rue Aïn Yefren 2ème étage Appt. 8 Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 47 28 14
E-mail : khalidoudghiri@yahoo.com

ateur Khalid OUDGHIRI

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
enfants et adultes

الدكتور خالد ودغيري

طبيب جراح للأسنان

الاختصاصي في تقويم الأسنان

Casablanca, le 20.01.2020

Mr Attya Heneage



زاوية شارع عين توجطاط وزنقة يفرن، الطابق 2، الرقم 8، بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 47 28 14
Angle Bd, Aïn Taoujta et Rue Aïn Yefren 2ème étage Appt. 8 Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 47 28 14
E-mail : khalidoudqhiri@yahoo.com

Dr. Khalid
Sociedad UDCH
Bd. Alcalá 16
Casablanca
Casa de Orientación
Mediterránea
Tel. 02-90064728
02-90064729
14-11-1974

PPV 1570H00
LOT 94037 3
EXP 05/2021LEVAMOX®
(Amoxicilline + acide clavulanique)

NOMINATION DU MEDICAMENT

LEVAMOX® 1 g/125 mg Comprimé effervescent adulte, boîte de 12, 16 et 24.
 LEVAMOX® 500 mg/12,5 mg Comprimé effervescent enfant, boîte de 12 et 24.
 LEVAMOX® 1 g/125 mg Poudre pour suspension buvable adulte en sachet-dose, boîte de 12 et 16.
 LEVAMOX® 500 mg/12,5 mg Poudre pour suspension buvable enfant en jet-dose, boîte de 12.
 LEVAMOX® 100 mg/12,5 mg par ml Poudre pour suspension buvable nourrisson en n de 30 ml.
 LEVAMOX® 100 mg/12,5 mg par ml Poudre pour suspension buvable enfant en n de 60 ml.
 LEVAMOX® 100 mg/12,5 mg par ml Poudre pour suspension buvable enfant en p poudre amoxicilline/acide clavulanique : 8/1)

euillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la re lire.

Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice

- Qu'est-ce que LEVAMOX® et dans quel cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LEVAMOX® ?
- Comment prendre LEVAMOX® ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver LEVAMOX® ?
- Informations supplémentaires

1- QU'EST-CE QUE LEVAMOX® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

- Classe pharmaco-therapeutique ou le type d'activité
LeVAMOX® est un antibiotique a qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique.

L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives). L'autre constitutif actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

- Indications thérapeutiques

LEVAMOX® est utilisé chez l'adulte, chez l'enfant et chez le nourrisson pour traiter les infections suivantes :

• infections de l'oreille moyenne et des sinus,

• infections des voies respiratoires,

• infections des voies urinaires,

• infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,

• infections des os et des articulations.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAIRE AVANT DE PRENDRE LEVAMOX® ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

LEVAMOX® contient de l'aspartam, si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

- Ne prenez jamais LEVAMOX® (Contre-indications)

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la penicilline ou à l'un des autres composants contenus dans LEVAMOX®.

- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.

- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictere (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre LEVAMOX®.

- Faites attention avec LEVAMOX® (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si vous :

• souffrez de mononucléose infectieuse,

• êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,

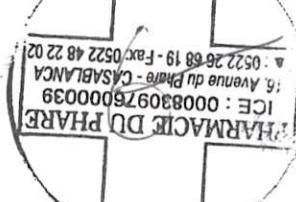
• n'urinez pas régulièrement,

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ou d'administrer LEVAMOX® à votre enfant.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable

de l'infection.
Selon les résultats, LEVAMOX® ou un autre médicament peut être prescrit.

LEVAMOX® peut causer des réactions indésirables.



05 22 47 28 14 - الهاتف : 05 22 47 28 14 - الدار البيضاء - الهاتف :
Angle Bd, Ain Taoujoute et Rue Ain Yefren 2ème étage Appt. 8 Bourgogne - Casablanca - T
E-mail : khalidoudghiri@yahoo.com

Casablanca, le 13 2008

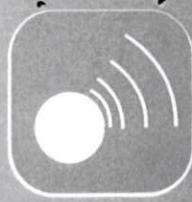
2 Hemme Attache

157,00
 134,80
291,80
 levier ex 1f
 10f 2f 10f



Dr. Khalid
 DENTISTE
 Spécialiste en Orthodontie
 Bd. Aïn Taoujتate et Rue Aïn Yefren 2ème étage
 Casablanca - Tél. : 05 22 47 28 14
 E-mail : khalidoudghiri@yahoo.com

زاوية شارع عين توجطاط وزنقة يفرن، الطابق 2، الرقم 8، بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 47 28 14
 Angle Bd. Aïn Taoujتate et Rue Aïn Yefren 2ème étage Appt. 8 Bourgogne - Casablanca - Tél. : 05 22 47 28 14
 E-mail : khalidoudghiri@yahoo.com



عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

Casablanca , le 18/01/2020

**Mme. ATYA HANANE
DR OUDGHIRI KHALID**

I.R.M. (1,5 Tesla)

SCANNER VCT[®]
(64 Barettes)
Angioscanner
Coroscanne
coloscanne
Denta-Scanner

SCANNER
CORPS ENTIER

DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

RADIOLOGIE
NUMERIQUE

MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

ECHO-DOPPLER
COULEUR

PANORAMIQUE DENTAIRE :

- Absence de lésions osseuses mandibulaires ni des articulations temporo-maxillaires .
- Pas d'anomalies apicales.

DR BENYAHIA Z
RABTA EL MAARIF
BERRADA M
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax: 0522.23.77.05

Avec mes amicales salutations.

16, Rue Mohamed BAHI
(EX. Rue Melssonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :
Tél. : 05.22.25.74.82
05.22.25.30.30
05.22.23.79.34
Fax : 05.22.23.77.05
I.C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maârif :
IRM : 05.22.23.23.12
05.22.99.30.31
Fax : 05.22.25.38.73
irm-maarif@hotmail.fr
I.C.E : 001744959000074
Patente : 34770967
I.F. : 1087675