

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

- 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

W21-838146

203607

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01421 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : KETTANI Mohammed Tadjeddine
 Date de naissance : 25-11-51
 Adresse : Rés El Firdaoud n°3 km 7,1 Rd de Mekka
 Tél : 06 61 57 66 73 Total des frais engagés : 29.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Youssef JOUHRI
Centre de Santé Jenane Elouz
Delegation Médicale
de Casa Hay Nassani
 Date de consultation : 22/04/2014
 Nom et prénom du malade : KETTANI Rajae Age : 68
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection parasitologique
 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 : 22/04/2014
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

PR4FR05/V2/20-10-2013
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
22.04 2024	C		9	Dr Youssef JOLAHRI Centre de Santé Janane Elmor Délégation Médicale de Casa Hay Massani

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HARABNA Bordj Bouaskria Rue de l'Indépendance Bordj Bouaskria	22/11/24	29162

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

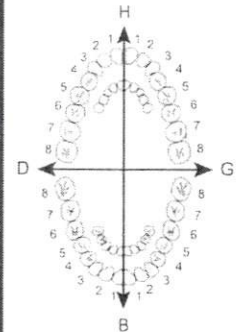
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					<input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

Montant des Honoraires

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

ORDONNANCE

Le: 22 Avril 2024

Mme KETTANI Lojaie

98-160

① VERTOX

500 mg

Migod 2
(2 boîtes)

19 en prise unique
à renouveler après 10 jours.



PHARMACIE EL DRABNA
BOUCIARA I ISLAMIT
Droguier en pharmacie
Route Bousskoura 109, Km 11
Téléphone: 05 22 54 45 74

Royaume du Maroc
Département Médical à la Préfecture
C.S. Jhane Louz
Médecin Chef
Centre de Santé
Département Médical
Ministère de la Santé
J. BOUHRI
Centre de Santé
Département Médical
Ministère de la Santé
M. Nassani

0814V

conservar entre 15°C et 30°C
Ne pas administrer à l'enfant de
moins de 1 an
Ne pas laisser à la portée des
enfants

Vermox® 500 mg
1 comprimé



IMPRIMEPEL

Formule : mébendazole 500 mg, excipients q.s.p. 1 comprimé

40000376-01
09/20

فیرموکس[®]
میبندازول

Vermox® 500 mg
mébendazole*

500 ملغ عن كل حبة.

500 mg par comprimé

1 حبة

1 comprimé

عن طريق الفم

Voie orale.



JANSSEN - CILAG S.A.
Fabricat sous licence par :
maphar - Casablanca

* Découverté de la recherche JANSSEN

Vermox® 500 mg



17

JANSSEN-CILAG S.A.

42 x 20 x 88

0814V

conservar entre 15°C et 30°C
Ne pas administrer à l'enfant de
moins de 1 an
Ne pas laisser à la portée des
enfants

Vermox® 500 mg
1 comprimé



IMPRIMEPEL

Formule : mébendazole 500 mg, excipients q.s.p. 1 comprimé

40000376-01
09/20

فیرموکس[®]
میبندازول

Vermox® 500 mg
mébendazole*

500 ملغ عن كل حبة.

500 mg par comprimé

1 حبة

1 comprimé

عن طريق الفم

Voie orale.



JANSSEN - CILAG S.A.
Fabricat sous licence par:
maphar - Casablanca

* Découverte de la recherche JANSSEN

Vermox® 500 mg



17

JANSSEN-CILAG S.A.

42 x 20 x 88

