

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

N° W21-766909

244838

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12720 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENBOUBKER ADIL
 Date de naissance : 04/07/1985
 Adresse : 212 lot Laymoune Cosu
 Tél. : 0661466928 Total des frais engagés : 225,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

EL BENNA EL HASSAN
 PEDIATRE
 14 RUE MOHAMED EL SABAH
 Rabat - Casablanca
 Tel : 05 22 68 08 46

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/11/2022
 Nom et prénom du malade : Zekaria Abdelwahed Age : 2ans
 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 : Casablanca Le : 12/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

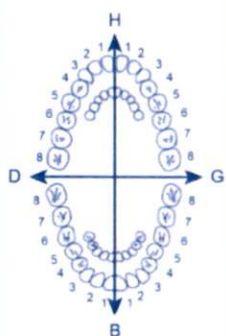
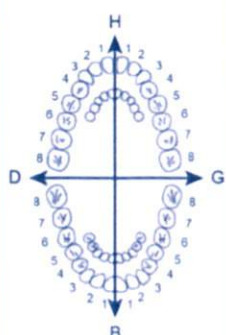
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/11/11	Cr	1	210	Dr. EL HASSIN RECEU 54 RUE SOUFYAN MAARIF Tel : 05 24 98 09 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oasis 152, Bis Route de l'Oasis 05 24 98 02 88		675,90

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 : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II

D.U. d'Urgence et Réanimation

du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le

Ahmed Benhachem

- Havine

18690

- Vanivax

PHARMACIE GARE OASIS
152, Bis Route de l'Oasis
Casablanca 03 22 98 03 46

- Flixotide 125

125,00

2 fois / j

Total : 675,90

Dr EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 Rue Socrate Rés. SABAH
Maarif - Casablanca
Tel : 03 22 98 03 46

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).

Ne pas congeler.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



Composition : 1 dose (0,5ml) contient :

Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)^{1,2}.....720 U*

¹ produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

² adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al³⁺)

* unités mesurées selon la méthode interne du fabricant.

Excipients : Polysorbate 20, acides aminés, phosphate disodique, phosphate monopotassique, chlorure de sodium, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 186,90 DH

ID: 647554



Flixotide® 125

Fabriqué par :
Glaxo Wellcome Production,
27000 Evreux - France



Respecter les
doses prescrites

Uniquement sur
ordonnance - Liste I

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

ppV: 125,00 DH



118001140329

ID: 649162 6

**Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع**

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيل من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

هولندا/Pays-Bas

VARIVAX® vaccin

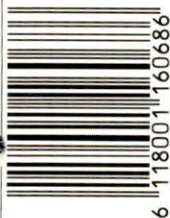
Suspension injectable

Boîte d'un flacon unidosé de 0,5 ml

P.P.V: 364.00 DH

AMM N°: 789/16DMP/21/NSF

Distribué par MSD Maroc



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué

[souche Oka/Merck])

Un flacon unidosé de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidosé 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الاطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح

وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué [souche Oka/Merck])

Un flacon unidosé de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon
unidosé 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

