

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- 0053087

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Houri Alharrahman
Date de naissance : 01/01/1946
Adresse : 90 Residence Nour Amira
M. ALHARAHMAN / EL TADWEN
Tél. : 0672835137 Total des frais engagés : 949,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
280, Bd. Bordeaux Bourgogne 1er Etage
Casablanca - Tél. 06 18 62 00 63
adil.ejennane@gmail.com
Date de consultation : 13/04/2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle
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 : EL TADWEN

Le : 15/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/04/23	c2		gratuit	Dr. Adil EJENNANE CHIRURGIEN DENTISTE 220 Bd. Bordeaux Bourgoigne 1er étage Casablanca Tel: 06 18 62 00 63 adil.ejennane@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie OULAD BOUAZIZ BENSLIMANE HOUDA Docteur en Pharmacie Centre: Mohy Abdellah Tel: 05 21 4 80 92	14/02/23	949,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

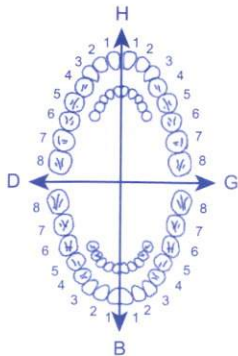
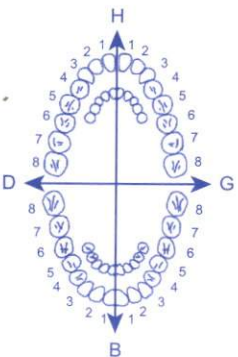
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Adil EJ-JENNANE

CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Chef de Clinique d'Urologie

des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Membre de l'Association Française d'Urologie

Chirurgie des voies urinaires et organes génitaux

Coelioscopie, Endo-urologie

Lithotripsie extra-corporelle, Urétéroscopie souple laser

Stérilité Masculine, Impuissance

Echographie urinaire, Fibroscopie urinaire

Circoncision

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلي و المسالك

البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ

عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

جراحة بالتنظير

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم عند الرجال

الفحص بالصدى

الفحص الداخلي بالتنظير

طهارة الأطفال

13/14/02/2023

Patient: Mr HOURI Abderrahmane

Date de naissance: 01/01/1946

ORDONNANCE

1. **PERMIXON, gélules**

2 gélules en une seule prise pendant 3 mois

2. **RECTIS 5 mg, comprimés**

1 comprimé le soir pendant 3 mois

(indication: hypertrophie prostatique)

Dr Adil EJ-JENNANE

280, Bd de Bordeaux - Bourgogne (1^{er} étage) - Casablanca - Tél.: 05 22 47 40 54/55 - Urgences : 06 18 62 00 63

280, شارع بوردو - بورجون، (الطابق الأول) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 47 40 54/55 - المستعجلات : 06 18 62 00 63

E-mail : adil.ejjennane@gmail.com - urologie.bordeaux@outlook.fr



Permixon 160 mg
30 GÉLULES

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc

maphar

Pierre Fabre



30 درجہ مئوية.

حفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن
يحتفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال.
قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

temperatures inférieure à 30°C.
Ce médicament doit être conservé à une
Tenir hors de la portée et de la vue des enfans
Lire attentivement la notice avant utilisation

علبة من 30 كبسولة

ستخلص شحم ستيرلوك ستيرلوكا رينتينس

160 ملغ 160 ملغ

123,30

PP 1500000

2 G 1 W 2 5





Permixon 160 mg
30 GÉLULES

Pierre Fabre
maphar
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc



30 درجة مئوية.

يحتفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن
يحتفظ بعيدا عن مرآي ومناول الأطفال.
يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.
Ce médicament doit être conservé à une
température inférieure à 30°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

عناية من 30 كسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينوا رينتينس

بتر مكسون 160 ملغ

123,30

PP 100100

2 G 1 V 2 A 07 / 5



Permixon 160 mg
30 GELULES

maphar
Pierre Fabre
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc



30 درجة مئوية.

حفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل
يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال
قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الاست
température inférieure à 30°C.
ce médicament doit être conservé à une
hors de la portée et de la vue des enfans
attentivement la notice avant utilisation

علبة من 30 كبسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينوا رينتينس

بنجر 160 ملج

30,30

PP. 1500000

2G1W2 07125

Rectis®

tadalafil

5 mg

30

comprimés pelliculés

LOT 224114

EXP 08/24

PPV 490DH00

Voie Orale

أفريك - فار
AFRIC-PHAR