

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-820046

177038

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11709 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABBAR YOUNES

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0601571178 Total des frais engagés : 639,03 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ouadie BENNANI
Pédiatre
Homéopathe
159 Bd Bourgogne Appt. N° 26 Résid. Shwar
Casablanca - Tél. 05 22 43 04 73
GSM 06 61 42 44 46

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JABBAR JAD

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 : 27/09/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ACCUSE REÇU
21 SEP 2023
MUPRAS

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
22/09/23	151		25,000	INP : 0910225676

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-09-23	364,00
	23/09/23	25,30

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 :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouadie BENNANI

Pédiatre
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons
Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France
Allergologie infantile et Asthme

Sur rendez-vous



الدكتور وديع بناني

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
والطب المثلي

خريج كلية الطب بتور - فرنسا
طبيب الأطفال سابقا بمستشفيات - فرنسا
أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية

بالموعد

Casablanca, le

23 SEP. 2023

JABBAR JAY

364.00

①

VAR

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue de Pharm Residence Taghazout
Casablanca Tél. 05 22 20 28 67



②

KETODER

253

③

Docteur Ouadie BENNANI
Pédiatre
Homeopathe
159 Bd Bourgogne Appt N° 26 Résid. Shwan
Casablanca Tél. 05 22 43 04 73
GSM 06 61 42 44 46

PHARMACIE MAZOLA
Mme Mazola
N° 51 Rue 4 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tél. 0522 93 36 89

Kétoderm® crème
ketoconazole

2 g pour 100 g

Tube de 10 g



JANSSEN-Cilag S.A.
Fabrique sous licence par
maphar - Casablanca



KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.P 25DH30

LOT : 23E004
PER.: 03 2026



2 g pour 100 g

كيتوديرم
كيتوكونازول

* Découverte de la recherche JANSSEN

7

A conserver au réfrigérateur entre +2°C et +8°C, à l'abri de la lumière.
A utiliser dans les 30 minutes suivant la reconstitution.

Le vaccin doit être administré immédiatement après la reconstitution afin de préserver son efficacité.

Jetez le vaccin s'il n'a pas été utilisé dans les 30 minutes qui suivent sa préparation.

Ne pas congeler le vaccin
reconstitué.

Consultez la notice pour des informations détaillées sur les instructions d'utilisation.

يُحفظ في درجة حرارة بين 2 و 3 درجة مئوية بعيداً عن الضوء.

حفاظا على الفعالية، يتم استخدام اللقاح في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله. خلاف لذلك تخلص منه

لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله
يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على
تعليمات مفصلة حول الاستخدام

Par voie sous-cutanée uniquement.

Ne pas injecter par voie intravasculaire ou intramusculaire.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Chaque dose de 0,5 ml de vaccin* reconstitué contient : un minimum de 1.350 UFP (unités formatrices de plaque) de virus de la varicelle (souche Oka/Merck).

*produit sur des cellules diploïdes humaines (MRC-5)

Excipients: saccharose, gélatine hydrolysée, urée, chlorure de sodium, L-glutamate monosodique, phosphate disodique, phosphate monopotassique et chlorure de potassium.

لا يحقن داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح* المعد تشكيله على
الحد الأدنى PFU 1350 (وحدات تشكيل اللوحات)

* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية الصبغة (MRC-5)

الساعات: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، اليوريا،
كلور الصوديوم، ل-الغلوتامات المونوسودي (L)،
فوسفات ثنائي الصوديوم، فوسفات أحادي البوتاسيوم،
كلور البوتاسيوم.

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste I

صنعة من لدن مستقرة

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 التَّشْغِيلَة 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



70071295/00-1
4979

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

VARIVAX[®]

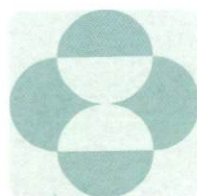
(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

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

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الاطفال

فاریفاکس®

ميريس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك
فلزورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
قلزورة 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.

® فار بفاكس

بروس ذاه الحماقي حي موهن سلاله لوكا / ميرك
 زورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق الفلاح وفلورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعداد التشكيل