

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-800773 SN 164361

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN MOUMEN YASSIR

Date de naissance : 02/02/1971

Adresse : Apt 8 Ensemble 28 résidence Jardins de Souss Hay Mohammadi Agadir Maroc

Tél : +212 66447174 Total des frais engagés : 295,7 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine
Av. Mouquaouama - AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/23

Nom et prénom du malade : BEN MOUMEN NEIL Age: 203

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Consultation & Vaccination

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 : Agadir Le : 15/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

Ben

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Casablanca 20000 Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Actes
15.05.23	C	2	200,000 DH	INP : 041055563

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
33 km. Tifaouine
Avenue Moukhaouama - AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Pature
Sté. BILA PHARMACIE AG N° 7 IMM. MANZEN AV D AGADIR TEL: 05 28 82 43 32	15/5/23	75 *

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

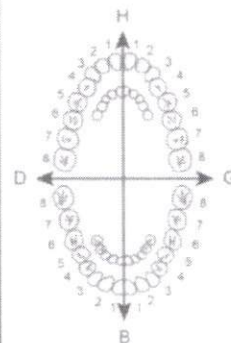
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

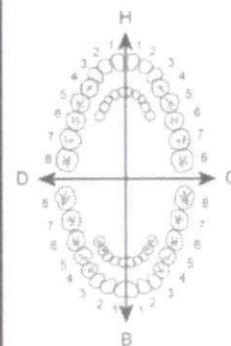
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le régleme...onné par la fourniture de tous les justificatifs à la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	121433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

الدكتورة جميلة الورزازي

DR JAMILA EL OUARZAZI

خريجة كلية الطب ببوردو

أخصائية في أمراض الطفل والرضيع

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
D.U. PATHOLOGIE D'URGENCE DU NOUVEAU NÉ ET DE L'ENFANT



Cabinet
de Pédiatrie

05-2023

BEN MOUMEN Neil

Daktarin gel buccal



1 application x 4/j x 10 jrs

74,80



- Engeria B dose p

20,90



- vitamin D3 BON

Siège BILAPHARMA SARI
MAGN 7 IMM DANZEH AV DES FAR

T8
Siège BILAPHARMA SARI
MAGN 7 IMM DANZEH AV DES FAR
AGADIR
TEL: 05 28 82 13 32

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine
Av Mouquaouama - AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

ملتقى شارع المقاومة و زنقة واد زيز
عمارة تيفاوين، طابق 2، أكادير

ANGLE BD. MOUKAWAMA ET RUE OUED ZIZ
IMMEUBLE TIFAOUINE, 2^e ETAGE, AGADIR



05 28 84 81 03 • 06 61 28 41 48

Engerix™ -B 10

gsk

For injection;
For use
For injection;
For use
For injection;
For use

Junior dose / Dose enfant /

1 dose/dosis (0,5 ml)

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 74,80 DH

ID: 650191

6

118001140244

accine

BADNR

BADNR

TCH MAN 0422

428 EXP 0326

D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Doses prescrites / Follow the stated doses

تتبع تماماً بالجرعات الموصوفة

sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

N° 171/16 DMP/21/NNPR

1180011272228

/: 20,90 DH

e de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل

BOUCHARA-RECORDATI

, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Manufacturer / المصنع
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
0 LIVRON SUR DROME - FRANCE

LOT/MFD/EXP:

AHBVD042AS

06-2021

05-2024