

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-800769

164360

SN

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMUMEN YASSER

Date de naissance : 09/02/1971

Adresse : Apt 8 Immeuble 28 Residence El Ghazal de Sidi Hay Mohammadi Agadir Maroc

Tél : +21266448174

Total des frais engagés : 441,70 DH

Cadre réservé au Médecin

DR. J. EL QUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine
Av Mouquauama AGADIR
Tél: 05 28 84 41 03

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.05.2023

Nom et prénom du malade : BENMUMEN NEIL

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☒ Enfant

Nature de la maladie : Myxome Folliculaire

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 : 06/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ben

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
26.05.23	C	2		041059569
Dr. J. EL OUARZAZI PEDIATRE Imm. Tifaoul - AGADIR Av. Mouquaouania - AGADIR Tél: 05 28 84 81 03				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
26.05.23	241,70
Dr. BOUZOUF Mounir Tél: 0528 22 84 27 AGADIR	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

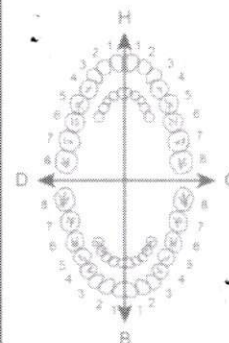
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

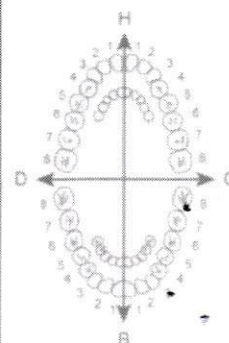
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DR JAMILA EL OUARZAZI

أخصائية أمراض الطفل
ببوردو

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
D'ORTHOPÉDIE DU NOUVEAU NÉ ET DE L'ENFANT

PHARMACIE JARDINS DE SOUSS
Dr. BOUZOUF MOUMIN
Tél: 05 28 22 84 27
AGADIR
CGI Rés. JARDINS DE SOUSS, Imm. 50-75



Cabinet
de Pédiatrie

26.05.2023

BENMOUMEN Neel

53,00

Daktarin gel buccal



1 application x 4 j jmr x 10 jns après les tétées

29,70

clomiter



1 application x 2 j x 20 jns

75,00

Colictyl 2,5ml x 3/24h si coliques



à partir de l'âge de 1 mois : 2,5ml x 6/24h si coliques

84,00

Kalmogaz 5 gtt le soir



5 gtt x 2 j si gaz ++

241,70

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE

Imm. Tifaouine
Av Mouquaouama - AGADIR
Tél: 05 28 84 84 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

Daktarin®

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal 40g
P.P.V : 53,00 DH



Tube de 30 g

PPV 29DH70

EXP 11/27

LOT 224814

CLOMITER® 1%

Clotrimazole

Crème
Pour application locale

افريك - فار
AFRIC - PHAR



Fabrique par les Laboratoires AFRIC-PHAR
Sous licence des Laboratoires CUSI
Zone Industrielle, Ouest Ain Harouda,
Route Régionale N° 322 (ex R.S 111) Km 12,400
12,400
المنطقة الصناعية غرب، الطريق النابوي 111 (الرقم 322)
عين حروود 12,8 630، المنطقة - الفريخ -
عين حروود

 **INTERDIT**
CE MÉDICAMENT + GROSSESSE
Ne pas utiliser chez les filles
adolescentes, femmes en âge
de procréer ou enceintes.

Médicament autorisé
N° 178/98 DMP/21

LC

CLOMITER® 1%
Crème dermique - Tube de 30 g
6 1118000 070337

1%
كلوتريمazole
ج 30 قبة من بنو اب
دهن
أستعمال موضعي



LC

كالماكتاز[®]

قطرات للشرب
عند حديثي الولادة والصفار
راحة معوية



Pharmalife 
RESEARCH



8 032578 477016

Lot : 220854
A consommer de
préférence avant le : 11/2025
PPC: 84,00 DH

Colictyl®

Formulation à base de plantes

COMPOSITION :

Sarjikakashara purifié (bicarbonate de sodium)	45,0000 mg
Huile de dill	0,0009 ml
Huile d'anis	0,0007 ml
Huile de menthe	0,0002 ml
Saccharose	330,012 mg
Benzoate sodique	7,2518 mg
Sodium métabisulphite	5,0000 mg
Disodium EDTA	1,0000 mg
Chloroforme	0,0125 ml
Parahydroxybenzoate de propyle	5,0000 mg
Bronopol	2,5012 mg
Diocetyl sodium sulfosuccinate	0,07527 mg
Propylène glycol	12,5060 mg
Eau purifiée q.s.p à	5,00 ml
Talc purifié	10,0244 mg
Hyflo-supercel	1,2224 mg

CODE No / No DU CODE
MH/DRUGS/AYU-146
B No / No LOT CK0301H
MFD / FAB 08/2021
EXP 07/2024
(01) 18901111009243
(21) NK974NNXJKKKYY



PPC: 75,00 DH

Complément alimentaire
n'est pas un médicament

Ne pas laisser à la portée des enfants
Ne pas dépasser la dose recommandée