

**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](http://www.mupras.com)



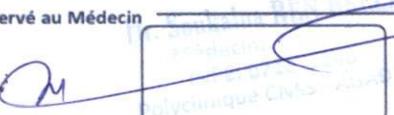
**Déclaration de Maladie**

N° W21-643185

*Couer*

*16527*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>7742</b>	Société : <b>ROYAL AIR MAROC</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>IZAABEL ABDELAZIZ</b>			
Date de naissance : <b>16-02-1963</b>			
Adresse : <b>6 Rue 301 - RIAD JALAL - AGADIR</b>			
Tél. <b>0661419112</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin 	
Date de consultation : <b>15/05/23</b>	
Nom et prénom du malade : <b>IZAABEL ABDELAZIZ</b>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Symptome de varicelle</b>	
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 : **16-05-23**  
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-643185	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <b>7742</b>	Nom de l'adhérent(e) : <b>IZAABEL</b>
Total des frais engagés : <b>464,45</b>	Date de dépôt :

RELEVE 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
10/12/23	CS	6	INP : 1111111111111111	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Dr Kawtar BADAOUI Cité Riad Salam N 195 AGADIR Tél 05 28 23 51 43 pharmacieitry@gmail.com	15/12/23	464,50
INP : 042034991		

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

AUXILIAIRES MEDICAUX		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	A	M	P	C	IV

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**SERVICE DES  
URGENCES  
24/24**

- \* Cardiologie
- \* Gastro-Entérologie
- \* Pédiatrie (Neonatalogie)
- \* Dermatologie
- \* Endocrino - Diabétologie
- \* Pneumo - Physiologie
- \* Ophtalmologie
- \* Anesthésie - Réanimation
- \* Urologie
- \* Chirurgie Viscerale et digestive
- \* Coelio - Chirurgie
- \* Gynéco - Obstétrique
- \* Traumato - Orthopédie
- \* Neuro - Chirurgie
- \* O.R.L.
- \* Biologie (laboratoire)
- \* Radiologie

**CENTRE  
D'HEMODIALYSE**

زنقة مولاي يوسف - ص ب : 3171 - أكادير - الهاتف: 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس: 05 28 84 66 24

Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax: 05 28 84 66 24

Agadir, le:

M:

15/05/23

IZAARAL Abdelaziz

أكادير

AGADIR

222,50  
n/1

Augmenté

SV

248,70  
Dr. Kaddour BADAOUI  
Cité Rida Salam N° 195 AGADIR  
Tél: 05 28 23 51 43  
pharmacieitry@gmail.com

Sohyrie

20,90  
n/1  
SV

14,00  
Dr. Kaddour BADAOUI  
Cité Rida Salam N° 195 AGADIR  
Tél: 05 28 23 51 43  
pharmacieitry@gmail.com

Vit C

600  
SV

75,90  
Dr. Kaddour BADAOUI  
Cité Rida Salam N° 195 AGADIR  
Tél: 05 28 23 51 43  
pharmacieitry@gmail.com

Dr. Kaddour BADAOUI  
Cité Rida Salam N° 195 AGADIR  
Tél: 05 28 23 51 43  
pharmacieitry@gmail.com

SV

61,00  
Dr. Kaddour BADAOUI  
Cité Rida Salam N° 195 AGADIR  
Tél: 05 28 23 51 43  
pharmacieitry@gmail.com

Rofex 1

SV

URGENCES  
05 28 82 58 18

Consultation RDV  
05 28 82 59 66

عن طريق الفم

علبة من 14 كبسولة مقاومة لحموضة المعدة

20 ملخ

IPSIUM 20mg

14 gélules Gastro-résistantes



Voie orale

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

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C

N° A.MM : 147/18DMP/21/NCN

911X020206

عن طريق الفم

يحفظ بعيداً عن مراي و متناول الأطفال

الرجو قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C

Respectez les doses prescrites

Liste II

ACV010001206

إيسبيسيوم®  
20 ملخ

علبة من 14 كبسولة مقاومة لحموضة المعدة

IPSIUM®  
Esomeprazole

Boîte de 14 gélules gastro résistantes  
20mg  
Boîte de 14 gélules gastro résistantes

VOIE ORALE  
Boîte de 14 gélules Gastro-résistantes

20mg



Take 1

7 jours

Take 2

