

RECOMMANDATIONS IM ACTIVER LES REMBOURSEM



Doli
Pédiatrique
Paracétamol

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.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la date de l'accident.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, 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 pour les traitements canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée :

- La déclaration de maladie chronique doit être remplie par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Doli
Pédiatrique
Paracétamol

Adresses Mails utiles

- Réclamation
- Prise en charge
- Adhésion et changement de statut

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative à l'accès aux données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 78 18

et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-0017899

☐ 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 Immeuble 28 Residence Jandri de Souss Hay Mohammed Agadir
Tél. : +212 66141717 Total des frais engagés : 1272 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2023
Nom et prénom du malade : BEN MOUMEN NEIL Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :

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 : Agadir Le : 03/10/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-017899


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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
03.10.23	22	01	20,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.10.23	1072,00

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

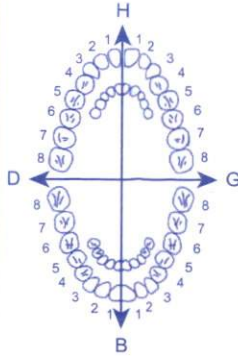
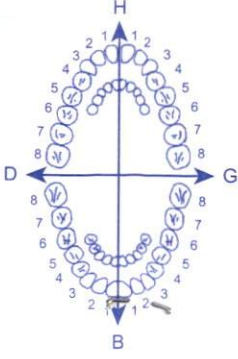
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

D.U. PATHOLOGIE D'URGENCE DU NOUVEAU NÉ ET DE L'ENFANT

03.10.2023



BENHOUMEN NEIL

277.00

Pentaxim



760.00

Prevacar



17.50 x 2

Dolipid (2 flacons)



dose n°7 x 4 / 24h (si fièvre)

1072.00

Sté. BILAPHARMA SARI
MAGN'7 IMMEUBLE AV DES FAR
AGADIR

TEL: 05 28 82 43 32

DR. JAMILA EL OUARZAZI
PÉDIATRE
Immeuble Tifaouine, Av. Moukawama
AGADIR Tel: 05 28 84 81 03
Fax: 041059569

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

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



05 28 84 81 03 • 06 61 28 41 48

After reconstitution, one dose (0.5 ml) contains:	
Diphtheria toxoid ⁽¹⁾	≥ 30 UI
Tetanus toxoid ⁽¹⁾	≥ 40 UI
<i>Bordetella pertussis</i> antigens:	
Pertussis toxoid ⁽¹⁾	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin ⁽¹⁾	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU (2)(3)(4)
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU (2)(3)(4)
- type 3 (Saukett strain)	32 DU (2)(3)(4)

Polysaccharide of <i>Haemophilus influenzae</i> type b	10 micrograms
conjugated to the tetanus protein	18-30 micrograms
(1) adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated	0.3 mg Al ³⁺
(2) DU: D antigen unit.	
(3) or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method.	
(4) produced on VERO cells.	

List of excipients:
Saccharose, tromethamol, concentrated hydrochloric acid for pH adjustment, aluminium hydroxide, Hanks medium without phenol red (including phenylalanine and glucose), acetic acid glacial and/or sodium hydroxide (for pH adjustment), formaldehyde, phenoxyethanol, ethanol and water for injections. Read the leaflet before use. Keep out of the sight and reach of children. Use immediately after reconstitution. Store in a refrigerator. Do not freeze.

Después de reconstitución, una dosis (0,5 ml) contiene:

Toxoide diftérico ⁽¹⁾	≥ 30 UI
Toxoide tetánico ⁽¹⁾	≥ 40 UI
Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Toxoide pertúsico ⁽¹⁾	25 microgramos
Hemaglutinina filamentososa ⁽¹⁾	25 microgramos
Poliovirus (inactivado)	
- tipo 1 (cepa Mahoney)	40 UD (2)(3)(4)
- tipo 2 (cepa MEF-1)	8 UD (2)(3)(4)
- tipo 3 (cepa Saukett)	32 UD (2)(3)(4)
Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	10 microgramos
conjugado con proteína tetánica	18-30 microgramos

- (1) adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado ... 0,3 mg Al³⁺
(2) UD: unidad de antígeno D.
(3) o cantidad equivalente de antígeno, determinada según un método inmunoquímico apropiado.
(4) producidos a partir de células VERO.

Lista de excipientes:

Sacarosa, trometamol, ácido clorhídrico concentrado para ajuste del pH, hidróxido de aluminio, medio de Hanks sin rojo de fenol (incluyendo la fenilalanina y la glucosa), ácido acético glacial y/o hidróxido de sodio (para ajuste del pH), formaldehído, fenoxietanol, etanol y agua para inyectables.

Leer el prospecto antes de usar.
Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.
Usar inmediatamente después de la reconstitución.
Conservar en nevera. No congelar.

SANOFI PASTEUR
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon - France/Francia

PC/GTIN : 03664798014136

MANUF. : 22012021

LOT : W0A501M

EXP. : 12-2023



SN: 120E385X9CMV6



Après reconstitution une dose (0,5 ml) contient :

Anatoxine diphtérique	≥ 30 UI
Anatoxine tétanique ⁽¹⁾	≥ 40 UI
Antigènes de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Anatoxine pertussique ⁽¹⁾	25 microgrammes
Hémagglutinine filamenteuse ⁽¹⁾	25 microgrammes
Virus poliomyélitique (inactivé)	
- type 1 (Mahoney)	40 UD ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- type 2 (MEF-1)	8 UD ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- type 3 (Saukett)	32 UD ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

Polyoside d'*Haemophilus influenzae* type b 10 microgrammes
 conjugué à la protéine tétanique 18-30 microgrammes
⁽¹⁾ adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté 0,3 mg Al³⁺
⁽²⁾ UD : unité d'antigène D.
⁽³⁾ ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochimique appropriée.
⁽⁴⁾ produits sur cellules VERO.

Liste des excipients :

Saccharose, trométamol, acide chlorhydrique concentré pour ajustement du pH, hydroxyde d'aluminium, milieu de Hanks sans rouge de phénol (incluant la phénylalanine et le glucose), acide acétique glacial et/ou hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldéhyde, phénoxyéthanol, éthanol et eau pour préparations injectables.
 Lire la notice avant utilisation. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Utiliser immédiatement après reconstitution.
 A conserver au réfrigérateur. Ne pas congeler.

PENTAXIM

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Pentaxim Inj b1 ser 1 dose
 P.P.V : 277,00 DH



rique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé),
) et conjugué de l'*Haemophilus* type b, adsorbé
 ussis (acellular, component), poliomyelitis
Haemophilus type b conjugate vaccine, adsorbed
 itetánica, contra la tos ferina (acelular,
 imielítica (inactivada) y conjugada contra el
 dsorbida

Poudre en flacon et suspension pour suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml) – Boîte de 1
 Powder in vial and suspension for suspension for injection in prefilled syringe (0.5 ml) – Box of 1
 Polvo en frasco y suspensión para suspensión inyectable en jeringa precargada (0,5 ml) – Caja de 1

Voie intramusculaire / Intramuscular route / Vía intramuscular

1 jeringa + 1 frasco
PENTAXIM

SANOFI PASTEUR