

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 :

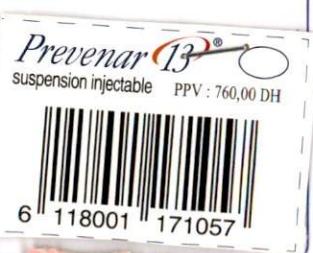
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable 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 tous les mois.



Adresses Mails utiles

- Réclamation
- Prise en charge
- Adhésion et changement

La MUPRAS garantit le respect de la confidentialité des données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abderrahmane Casablanca 20



MUPRAS

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012 Société : ROYAL AIR MAROC
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BEN MOU MENE YASSIR
 Date de naissance : 21/02/1971
 Adresse : Appt 8 Tammoune 28 Résidence Jardins
 de Sousse Hay Nahmadi Agadir
 Tél. : +212 661 411 214 Total des frais engagés : 1 328,70 DH

Cadre réservé au Médecin



ND
700559

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/10/2023
 Nom et prénom du malade : BEN MOU MENE NEVINE 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) : *ben*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23-017900

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 :

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
03.10.23	CG	0.1	200,00 DH	 Dr. Hachmi - Tel: 0524 0410595

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Sté. BILA PHARMA N° 7 IMM. MANZEHA AGADIR 05 28 82 43 32	03.10.2023	 TEL: 05 28 82 43 32

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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'ODDF.

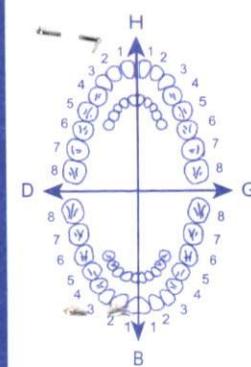
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
PROTHESSES DENTAIRES				

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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



03.05.2023

Cabinet
de Pédiatrie

BENZOUNEN NEVINE

27.05

Pentaxim



26.05

Prevnar



17.05 x 2

Doli ped



2

dox N 6 x 4/24

56.05

Dolagel



~~Dr. J. EL OUARZAZI
BILAPHARMASARI
AGADIR - TIFAOUINE
TEL: 05 28 84 23 32
INPE: 041059569~~

~~MAGN 71110 MANZEH AV DES FAR
BILAPHARMASARI
AGADIR - TIFAOUINE
TEL: 05 28 84 23 32~~

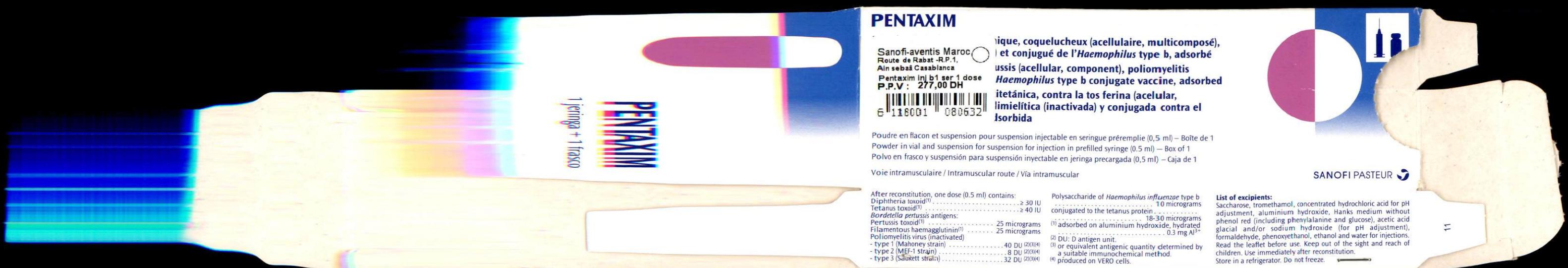
ملاجئي شارع النقاومة و زنقة واد زير
عمراء تيضاوين، طابق 2، 1، أكادير

ANGLE BD. MOUKAWAMA ET RUE OUED ZIZ

IMMEUBLE TIFAOUINE, 2^e ETAGE, AGADIR



05 28 84 81 03 • 06 61 28 41 48



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

6 118001 080632

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 pre-filled 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

After reconstitution, one dose (0,5 ml) contains:
Diphtheria toxoid⁽¹⁾ ≥ 30 IU
Tetanus toxoid⁽¹⁾ ≥ 40 IU
Bordetella pertussis 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 *Haemophilus influenzae* type b 10 micrograms
conjugated to the tetanus protein 18-30 micrograms
(1) adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0,3 mg Al³⁺
(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, phenoxethanol, 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.

SANOFI PASTEUR

11

dolo gel

GINGIVAL GEL
ГЕЛУЛ ГИНГИВАЛ
ОРАЛЕН ГЕЛ

25 mL - 0,85 Fl.Oz

Le gel de massage gingival DOLOGEL est à utiliser en cas d'irritations et lésions de la bouche et dès les premières poussées dentaires du nourrisson. Conserver à une température inférieure à 30°C. Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée sur l'étui. TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

التركيبة: انظر النشرة

COMPOSITION/COMPOSICIÓN/СЪСТАВ/
VALERIANA OFFICINALIS EXTRACT, CHAMOMILLA RECUTITA
EXTRACT, PROPOLIS CERA EXTRACT, SODIUM ALGINATE,
EXCIPIENTS q.s. 100%.

ZENITH Pharma
PPC: 56,70 DH

الثوري دلوجيل في حالة اصابة الفم
مع بداية ظهور الاسنان الأولى للرضيع.
جائز 30° م.

تاريخ صلاحيةه المدون على الانبوب.

صال.

مغلق.

مثبات الصيغة رقم
M Classe I

IG 280950 - 34x27x108 SP
EHM 11/21

3 518646 05887
30°C
CE
CE