

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



Déclaration de Maladie

N° W21-803237

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 100012 Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BEN NOUREN YASSIR		
Date de naissance : 02/02/1972		
Adresse : Appt 8 Immeuble es Résidence Jardins de Souss Hay Mohamed Aga dn		
Tél. : +212 66 14 17 74 Total des frais engagés : 167,10 DH Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Date de consultation : 29/09/2023
Nom et prénom du malade : BEN NOUREN NEVINE Age : 04/05/1972
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Fière.
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

Signature de l'adhérent(e) : 29/09/2023

Le : 29/09/2023

VOLET ADHERENT
Déclaration de maladie
N° W21-803237
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 : 100012
Nom de l'adhérent(e) : BEN NOUREN YASSIR
Total des frais engagés : 167,10 DH
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 la facturation des Actes
29.09.23	Centrale		Gratuit	041059569 INF :  Dr. EL OUAHABI PEDIATRE Imm. Tifouine Av. Nouquaouama AGADIR - Tel: 05 28 84 81 03 INPE: 041059569

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MARHOUF D'ANALYSES MEDICALES 16m. Marhaba Bd. Cheikh Saâdi Tel 0529 820 310 - K.S. Fax: 0529 820 451 M. M'hafoud FILALI	30/09/23	167,10 Dh	B1174P.

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉRENT

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000			B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	00000000															
	B	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
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 ببورو
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



29.09.2023

Cabinet
de Pédiatrie

BENNOUNEN NEVINE

ECB4

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine AV. Mouquaquama
AGADIR - Tel: 05 28 84 81 03
INPE: 041059569

Tamra

ملتقى شارع المقاومة وزنقة 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

Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 469929
30/09/2023

FACTURE N° 304957

Nom et Prénom ... : Bébé Nevine BENMOUMEN

Prescripteur :

Référence..... : 300923 133

Analyses cotées à : SEC Dh 0,00+ CBU B117+

Arrêtée la présente facture à la somme de **167,10 Dhs**
Cent soixante sept Dirhams et dix centimes

Dr. Samir MAHFOUD
Biologiste

DIAGNOSTIC
LABORATOIRE MAHFOUD
D'ANALYSES MÉDICALES
Imm. Maâlabâ, Bd.
Tél: 0528 820 211
Fax: 0528 820 451
Dr. Samir Mahfoud FILALI



Code Patient : 469929
Enregistré le : 30/09/23 à 16h11 par:BC
Prélévé le : 30/09/23 à 16h11
Edité le : 06/12/23 à 12h58
CIN: PASSEPORT:
DATE DE NAISSANCE:04/05/2023

Bébé BENMOUMEN Nevine
Référence : 300923 133
Dr.

Page: 1

BACTERIOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Urides recueillies au laboratoire.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX

Couleur jaune
Aspect Clair
Léger dépôt

pH.....: 8,0
Sucré.....: Absence
Albumine.....: Absence
Nitrites: Négatif
Cetones: Négatif
Urobilinogène: Négatif
Bilirubine: Négatif

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Numération en cellule de Malassez
LEUCOCYTES / ml: 2 000 (N : Inf à 10.000/ml)
HEMATIES / ml: 2 000 (N : Inf à 10.000/ml)
Rares Cellules épithéliales
Absence de cristaux
Absence de cylindres
Absence de germes pathogènes.

CULTURES SUR MILIEUX USUELS ET SPECIFIQUES

Absence de développement microbien
Absence de CANDIDA ALBICANS

Résultats validés par Dr Samir MAHFOUD FILALI, Biologiste

