

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° W21-800763

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN NOUNEN YASSIR

Date de naissance : 21/02/1971

Adresse : Apt 8 Immeuble 28 Residence Jeddah

Agadid Hay Rohemadi Agadid Maroc

Tel : +212 661411114

Total des frais engagés : 79,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

30 MAI 2023

Date de consultation : 17/04/2023

Nom et prénom du malade : KARIMA MEZIANI

Age : 27 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Suivre de Grossesse

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 : Agadid

Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
17/04/23	CS			INP 0911144377 Dr. Karima EL HAFIDY DENTISTE Av. El Mouquattar - Agadir Tél: 0528 22 84 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JARDINS DE SOUS Dr. BOUZOUF MOUNT Tél: 0528 22 84 27 AGADIR	17.04.23	79,70

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.

				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>28533412</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		28533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																			
28533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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																	

DR. ELHAFIDY KARIMA
Gynécologue obstétricienne

- Suivi de grossesse et accouchement
- Echographie 2D-3D-4D - Doppler
- Chirurgie gynécologique et cancérologique
- Coelio chirurgie-Hystéroscopie-colposcopie
- Stérilité du couple (AMP) - Ménopause



د. الحفيضي كريمة

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

- مراقبة الحمل و الولادة
- الفحص بالصدى 4D - 3D - 2D
- الفحص بالمجهر - الجراحة بالمنظار
- جراحة السرطان
- المساعدة الطبية على الإنجاب - سن اليأس

17/04/2023

Mme KARIMA MAZHARI

79, 70

AZIX, 500 mg, Comprimé

1 CP/



Dr. Karima ELHAFIDY
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE
Rés. Yassmine 3ème étage N° 38, Angle Av. Elmouquawama & Av. Cadi Ayad Agadir
Tél/Fax : 05 28 38 27 27 - IMPE-144, 11

إقامة باسمين الطابق الثالث رقم 38 ملتقى شارع المقاومة وقاضي عياض - أكادير

Résidence Yassmine 3ème étage N° 38, Angle Av. Elmouquawama & Av. Cadi Ayad Agadir - Tél / Fax : 05 28 38 27 27

Gsm : 06 61 96 46 52 - Email : drkarimaelhafidy@gmail.com

**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

AZIX®
Azithromycine

500 mg
Voie orale

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

500 ملغ
عن طريق الفم

أزيكس®
أزيتروميسين

97x45x18

790H70
01/26
M194
LOZ



AZIX®
Azithromycine **500 mg**

3 Comprimés
sécalbles

b bottu s.a.
82, Allée des Camélias - Ain Seïda - Cuenabance
S. Bachouchi - Pharmacies Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

03

3 !
أزيتروميسين
3 حبات سكب
بوتشي ليد
82 ممر الكاوي ورياني - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوش - صيدلي مسؤول

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécalbles
6 118000 040941
أزيتروميسين

