

## 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.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-803229

171725

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Yassin BEN NOUEN

Date de naissance : 02/02/1971

Adresse : Apt 8 Immeuble 28 Residence Jardins de Souss Hay Nshamedi Agadir Maroc

Tél. : +21266447776 Total des frais engagés : 800 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. J. EL OUERAZI  
PEDIATRE  
Imm. Tifaouine  
Av Mouquauama - AGADIR  
Tél: 09 98 84 81 03

Date de consultation : 05/07/2023

Nom et prénom du malade : Ben Noumen

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs abdo + vomissements, refus de tétan

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 : 05/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ben

VOLET ADHÉRENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

041022300  
05 22 20 45 45  
05 22 22 78 18  
www.mupras.com



# 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
05.07.23	Contrôle		Gratuit	041059569

Dr. J. EL OUARZAL  
PEDIATRE  
Imm. Tifouine  
Av. Mouquawama - AGADIR  
Tél: 05 28 84 87 03

## 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
	05/07/23	voir fact.	Gratuit

Hôpital International Agadir  
Service Radiologie

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

	Fractées	Soins		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		00000000	00000000	35533411	11433553
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
G																			
B																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
			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																

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



Cabinet  
de Pédiatrie

05.07.2023

BENMOUNEN NEVINE

Echographie abdominale

Douleurs abdo + Vomissements + refus de téter

DR. J. EL OUARZAZI  
PÉDIATRE  
Imm. Tifaouine  
Av. Moukawa  
Tél: 05 28 84 81 03

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

ANGLE BD. MOUKAWAMA ET RUE OUED ZIZ  
IMMEUBLE TIFAOUINE, 2<sup>e</sup> ETAGE, AGADIR



05 28 84 81 03 • 06 61 28 41 48

# HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR



090064759

AGADIR Le : 05-07-2023

Facture N° 13981/23

## A. Identification

N° Dossier : HIA23G05212448

N° Identifiant : 012972/23

Nom & Prénom : bebe BEN MOUMEN NEVINE

C.I.N :

Adresse : AGADIR

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-07-2023

Date Sortie : 05-07-2023

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE		800,00			800,00
Total Rubrique :						800,00
PARTIE CLINIQUE :						800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						800,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

signature de l'assuré

HUIT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :



## HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

PAIEMENT EFFECTUE PAR : BENMOUMEN YASSIR  
NOM DU PATIENT : bebe BEN MOUMEN NEVINE  
DATE DE NAISSANCE : 04/05/2023  
HIA23G05212448



Reçu N°: 28587

Palement du 05/07/2023

Actes	- ECHOGRAPHIE ABDOMINALE
Montant	800,00 Dh
Type de paiement	Chèque
Numéro du chèque :	4930686
Montant du chèque :	800,00 Dh
Banque :	BMCI

Imprimé par : BENIHDA RACHID Le 05/07/2023 21h27

**ACCUSE CAISSE**  
Hôpital International Agadir







AKDITAL

Hôpital International Agadir  
المستشفى الدولي أكادير

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE  
مركز الفحص بالأشعة

• IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle •  
Dentascanner • Mammographie Numérique • Echographie générale • Echo Doppler • Radiologie Standard Numérique  
• Rachis Entier • Gonométrie • Radiologie Interventionnelle • Mammographie Numérique

Agadir , le 05/07/2023

PATIENT : **Mrs/Mme BEN MOUMEN NEVINE**

PRESCRIPTEUR: **ANESTHESISTE REANIMATEUR**

### **ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE**

#### **RESULTAT : patiente météorisée toutefois on note :**

- Absence de boudin d'invagination intestinale
- Aspect normal du pylore mesurant 4x7 mm étendu sur 8 mm.
- Le foie est de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans formation focale.
- La vésicule biliaire est en réplétion, à paroi fine, alithiasique.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques ou de la voie biliaire principale.
- Tronc porte de calibre normal, perméable au doppler.
- La rate est de taille normale et homogène, sans lésion focale.
- Les deux reins sont de taille normale, bien différenciés avec conservation des index corticaux et sans dilatation des cavités pyélocalicielles ni image de lithiasse.
- Absence d'adénopathie profonde de taille significative.
- Absence d'épanchement péritonéal notable.
- Vessie en semi-réplétion à contenu homogène.

#### **CONCLUSION :**

- **Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalie notable en dehors d'une aérocolie.**

**Merci de votre confiance.**

**DR AGHARASS**

**Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://hiagadir.ddns.net:8081/images>**

Hôpital International Agadir sis à zone grand stade  
Route n°1 (en face CHU) IDA OUTANANE - Agadir  
Tél. : 05 28 20 71 71 - Fax : 05 28 20 64 64  
E-mail : [direction@hia.ma](mailto:direction@hia.ma) - Site web : [www.hiagadir.ma](http://www.hiagadir.ma)