

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 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-803231

27/7/27

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10012	Société :	royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEN MAMOUNEN Yassin
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : +212 661417174 Total des frais engagés :			
481,40 DH			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Dr. J. EL OUARZAZI PEDIATRE Imm. Tifaouine Av Mouquaouama - AGADIR Tél: 05 28 84 81 03
Date de consultation :
28.06.2023
Nom et prénom du malade :
BENMAMOUNEN NEFELINE
Lien de parenté :
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :
Le fus de fêta + celiacie
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 : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ben
Seri

Agadir

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
23.06.23	C2	01	200,00 DH	0431101010 Dr. J. EL QUARZAZA PEDIATRE Imm. Tifaouine, Av. Monquouama - AG Tél: 05 28 84 81 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la facture
PHARMACIE JARDINS DE SOUSSE 320 JOUR NOUVEL 31/05/28 22 42 21 AGADIR C.R. Res. JARDINS DE SOUSSE, Imm. 2	23.06.23	921,10
PHARMACIE JARDINS DE SOUSSE AV. Monquouama - AG Tél: 05 28 84 81 00		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
HAY MOHAMMADI 320 Boulevard Casablanca, Hay Mohammedi Agadir. Tél : 05 28 22 40 36	27/06/23	B210	190,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

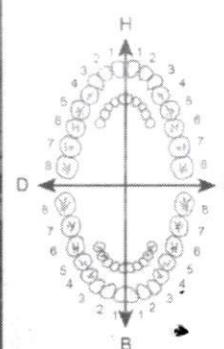
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



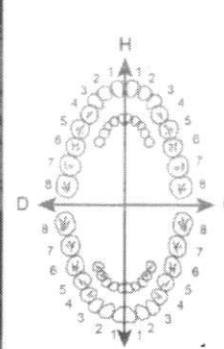
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	11433553
B	35533411	

[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 JAMIŁA 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

23.06.2023



Cabinet de Pédiatrie

BEN MOUAMEN Nevine

21.90

Prokinine

SV

6^h-12^h-18^h O^h

69,50

Redulex

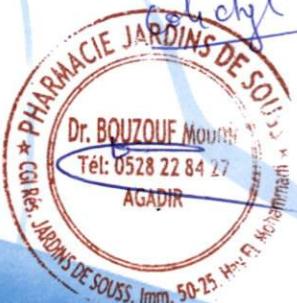
in box
1 ml \times 3 = 5 ml

91.40

Kolmogoroff

10 after the sun

$$2,5 \text{ ml} \times 6 / 2 \text{ h} = 15 \text{ ml}$$



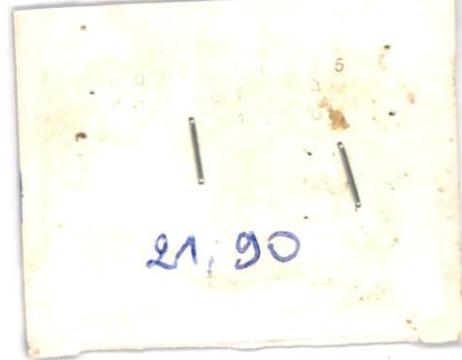
Dr. J. EL OUAZZANI
PEDIATRE
Imm. Tifouline,
AV. Mououaoujama - AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03



مُلتقى شارع المقاومة و زنقة 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



23.06.23

Dr. J. EL QUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifouite
Av. Mouquaouama AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

Note d'honoraires:

BEN MOUMEN NEVIME

Honoraires Consultation de Pédiatrie

200,00 DH : deux cours dirhams

Dr. J. EL QUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifouite
Av. Mouquaouama AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

الدكتورة جميلة الورزازي

DR JAMILA EL OUARZAZI

خريجة كلية الطب ببوردو

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

23.06.2023



Cabinet
de Pédiatrie

BEN MOUMEN Nevine

- NFS
- CRP
- urcé
+ ECBU

AGADIR - Tel: 05 28 22 40 36
NO 3200 Bd Tifaoquine, Agadir
LA BOUROUBIA, 40000 AGADIR
GARDE D'URGENCE 24/24, 7/7
TÉL: 05 28 84 81 03

Si CRP (+)

(pluie et refus de téte)

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaoquine
Av. Mouquaouama AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

ملتقى شارع المقاومة وزنقة واد زيز
عمارة تيفاوبين، طابق 2، 1، أكادير

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



05 28 84 81 03 • 06 61 28 41 48

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HAY MOHAMMADI

Dr. Hassan AGDIDE

N° 3320 Boulevard Casablanca, Hay Mohammadi - Agadir Téléphone/Fax: 05 28 22 40 36

PATENTE: 49201063 -- ICE: 002270208000042 -- IF: 75763692

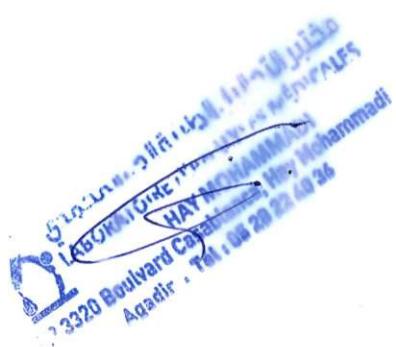
FACTURE N° 5138/23



AGADIR le **23/06/2023**
Nom et prénom **NSS BENMOUMEN NEVINE**
Référence **23F661**
Médecin prescripteur **Docteur J. EL OUARZAZI**

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS. HEMOGRAMME	80
CRP. C- REACTIVE PROTEINE	100
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
Total du (B)	B 210
Prise de sang (PC)	15,00 DH
Montant en DH	190,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS**





Prélèvement du : 23/06/2023 à 14:11

Résultats édités le: 23/06/2023

Prescripteur: Docteur J. EL OUARZAZI



NSS BENMOUMEN NEVINE

Dossier N° 23F661

Page: 1/1

HEMOGRAMME
(Sur Automate Sysmex xs-1000i)

NUMERATION SANGUINE

			Valeurs de référence
GLOBULES ROUGES.....	(*)	2,87	M/mm ³ 3,5 à 4,2
HEMOGLOBINE.....	(*)	8,8	g/dL 10 à 13
HEMATOCRITE.....	(*)	25,7	% 30 à 40
VGM.....	(*)	89,5	µ ³ 70 à 85
TCMH.....		30,7	pg 28 à 33
CCMH.....		34,2	g/dL 32 à 36
GLOBULES BLANCS.....	(*)	5 520	/mm ³ 8 000 à 12 000

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....		43,1	%
Soit	(*)	2 379	/mm ³ 3 000 à 5 000
LYMPHOCYTES.....		38,6	%
Soit	(*)	2 131	/mm ³ 4 000 à 6 000
MONOCYTES.....		17,0	%
Soit		938	/mm ³ 200 à 1 000
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....		1,1	%
Soit		61	/mm ³ 0 à 500
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....		0,2	%
Soit		11	/mm ³ 0 à 100
PLAQUETTES.....	(*)	800	10 ³ /mm ³ 150 à 400

Résultat confirmé sur frottis sanguin

BIOCHIMIE SANGUINE

UREE.....	0,16	g/l	0,10 à 0,20 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	2,66	mmol/l	1,66 à 3,32 mmol/l

C- REACTIVE PROTEINE: CRP.....	1,3	mg/l	mg/l
(Immunoturbidimétrie)			

5320 Boulevard Casablanca, Hay Mohammadi, Agadir, Maroc
Laboratoire d'Analyses Médicales
HAY MOHAMMADI
5320 Boulevard Casablanca, Hay Mohammadi
Tél: 05 28 22 40 36 Total de pages: 1