

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° W21-803231

271717

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN MAOU NEN Yassin

Date de naissance : 02/02/1971

Adresse : Apt 8 Immeuble 28 Residence jardins de Souss Hay Mohammadi Agadir Parc

Tél : 7212661474 Total des frais engagés : 481,40 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. J. EL OUARAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine
Av Mouquauama - AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

Date de consultation : 28/06/2023

Nom et prénom du malade : BENMAOUMEN NEN Yassin

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Refus de fêter + colic

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 : 28/06/23

Signature de l'adhérent(e) : Ben

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

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
23.06.23	C2	01	202,20	Dr. J. EL OUAZAZI PEDIATRE Imm. Tifaouine, Mouquauama - AG Tél: 05 28 84 81 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieux	Date	Montant de la facture
PHARMACIE JARDINS DE SOUSS 33000F MOHAMED Tél: 05 28 22 84 27 AGADIR	23.06.23	21,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

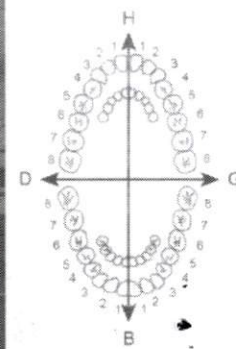
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE RADIOLOGIQUE HAY MOHAMMADI 320 Boulevard Casablanca, Hay Mohammadi Agadir - Tél: 05 28 22 40 36	27/06/23	B210	190,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

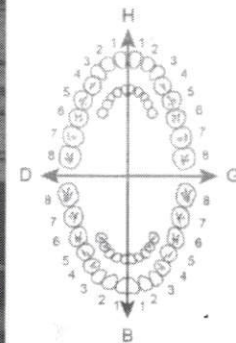
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
90000000		00000000
35533411		11433553
		B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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 ببيوردو
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



Cabinet
de Pédiatrie

23.06.2023

BEN MOUMEN Nevine

21,90

Prokinine



6h - 12h - 18h - 0h

Dose n°: 4 x 4 / 2h

1/4 d'heure avant les repas

69,50

Redulex

1ml x 3 à 5 fois /

91,40

Kalmar

10 gtt le soir

Glycyl 2,5ml x 6 / 2h - 6 bolus



Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine,
Av. Moukawaouama - AGADIR
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° ETAGE, AGADIR



05 28 84 81 03 • 06 61 28 41 48

21,90

RECEIVED
JAN 1 1950
U.S. AIR FORCE
HONOLULU, HAWAII

23.06.23

Dr. J. EL QUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine
Av. Mouquaouama - AGADIR
Tél: 05 28 24 81 03

Nota d'honneur:

BEN MOUMEN NEVINE

Honneur Consultation de Pédiatrie
20,00 DH: deux cents dirhams

Dr. J. EL QUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine
Av. Mouquaouama - AGADIR
Tél: 05 28 24 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



BEN MOUMEN Nevine

- NFS
- CRP
- urée
[± ECBU si CRP +]

(pleurs ++, refus de têter)

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine
Av. Moukawaouama - AGADIR
Tél: 05 28 84 81 03

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 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



INPE: 043062983

AGADIR le

23/06/2023

Nom et prénom

NSS BENMOUMEN NEVINE

Référence

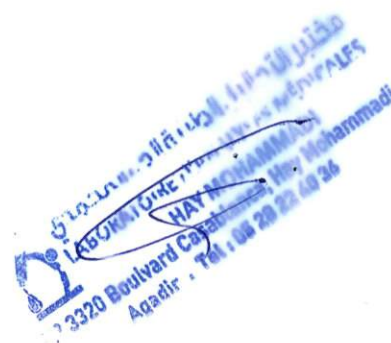
23F661

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**





مختبر التحاليل الطبية الحي المحمدي
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HAY MOHAMMADI

Dr Hassan AGDIDE
Ancien Biologiste à l'hôpital Ibn Rochd - Casablanca
Diplôme d'études spécialisées en Immunologie
Hématologie Bactériologie Virologie Biochimie
Parasitologie . Mycologie

Prélèvement du : 23/06/2023 à 14:11

Résultats édités le: 23/06/2023



NSS BENMOUMEN NEVINE

Dossier N° 23F661

Prescripteur: Docteur J. EL OUARZAZI

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

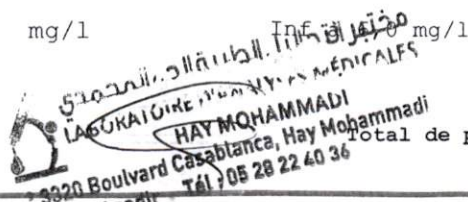
FORMULE LEUCOCYTAIRE

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	
(Immunoturbidimétrie)			



Total de pages: 1