

# 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

- 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.

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



# Déclaration de Maladie

N° W21-808863

171756

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YOUNEN YASSIR

Date de naissance : 02/02/1971

Adresse : Appt 8 Immuble 28 Résidence Jardins de Sidiou Agadir Hay Mohamadi Maroc

Tél. : +212 661 41 7174 Total des frais engagés : 1 683 DHs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/2023

Nom et prénom du malade : Ben Younen NEIL

Age : 04/05/23

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation à Vaccin

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 : 21/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21.07.23        | C2                | 0.1                   | 20.0.100DH                      | 041059569<br>DR. J. EL OUARZAZI<br>PEDIATRELLUS<br>Imm. Tifaouine<br>Av. Mouguauama - AGADIR<br>Tél: 05 28 84 81 03 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Sté. BILA PHARMA sari<br>MAG N° 7 IMM MANZER AV DES PAI<br>AGADIR<br>TEL: 05 28 82 13 32 | 21/07/23 | 1423,00               |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

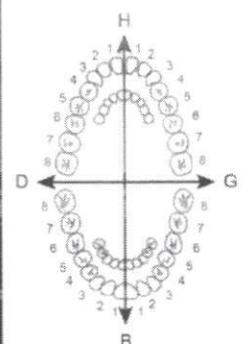
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

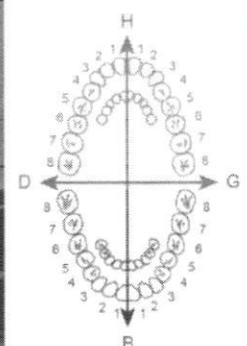
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | 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 | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 11433553 |
| G | 35533411 |          |

[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 ببورودو

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



21.07.2023

Cabinet  
de Pédiatrie

BENMOUENEN NEIL

411,00

Hexa-ain



252,00

Rotavir



760,00

Prevenar



1423,00

STE. BILA PHARMA srl  
MAGN 7 IMM MANZETTA DES FAR  
AGADIR  
TEL: 05 28 82 43 32

Dr. J. EL OUARZAZI

PEDIATRIC  
Imp. 2023/07/03  
Av. MOUAWAD 228  
AGADIR  
daw



ملتقى شارع المقاومة وزنتة 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

**بريفينار 13 مُستعْلَق للحقن**  
(13-متكافٍ، ممتر)  
لقاح المكورات الرئوية المتقارن السكاريد

Titulaire de l'AMM au Maroc :  
Laboratoires Pfizer S.A.  
km 0.500, Route de Oualidia  
BP 35  
24 000 El Jadida, Maroc

**Prevenar 13®**  
suspension injectable

PPV : 760,00 DH



6 118001 171057

**Fabricant:**  
Pfizer Manufacturing Belgium N.V.  
Rijksweg 12  
B-2870 Puurs  
Belgique

AMM N° 580/18DMP/21/NRS

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
لائحة 1 - يصرف بوصفة طبية

PAA191177



1 syringe/jeringa - 0.5 ml  
1 dose/dosis

Hexaxim

# Hexaxim

Suspension injectable en seringue préremplie / Suspension for injection in pre-filled syringe /  
Suspensión inyectable en jeringa prellenada

Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire)  
poliomylétique (inactivé) et conjugué de l'*Haemophilus*

Diphtheria, tetanus, pertussis (acellular, component), h  
(inactivated) and *Haemophilus influenzae* type b conjug

Vacuna contra la difteria, el tétanos, la tos ferina (acelul  
recombinante), la poliomielitis (inactivada), y *Haemophi*  
adsorbida

1 seringue préremplie (0,5 ml) avec 2 aiguilles  
1 pre-filled syringe (0,5 ml) with 2 needles  
1 jeringa prellenada (0,5 ml) con 2 agujas

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2

AIG SP

P.P.V: 411,00

6 118001 082063



B (ADNr),

ADN  
ada),

DTaP-IPV-HB-Hib

Voie intramusculaire

Intramuscular use

Vía intramuscular

SANOFI PASTEUR



1 dose (1.5 ml)  
1 dosis (1.5 ml)

1 tube  
1 tubo



# Rotarix™

Oral suspension  
Suspension buvable  
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus

Vacuna contra rotavirus

Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Oral/ Voie orale/ Via oral

Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte



ID:650523

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 252,00 DH



6

118001142361