

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 - 5ème 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° W21-813069

182660

pay

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN MOUMEN YASSIR

Date de naissance : 02/02/1971

Adresse : APT 8 Immeuble 28 Residence Jardins de Sous Aay Mohamed Agadir Maroc

Tél. : +212 661417174 Total des frais engagés : 929 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. J. EL OUARZAZI
PEDIATRE
Imm. Tifaouine Av. Mouquaouama
AGADIR - Tél: 05 28 84 81 03
INPE: 041059569

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2023

Nom et prénom du malade : Ben Moumen NEVINE Age: 04/05/23

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

Nature de la maladie : Consultation - Vaccination

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 : 28/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-813069

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

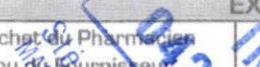
Date de dépôt :

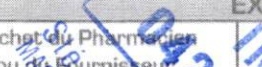
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Pratique des Actes
28.08.23	C2	01	200 mdd	PEDIATRE Imam Tifaouine Av. Moukhaouama AGADIR - Tel: 05 28 84 81 06 INRE: 041059569


attestant le Psionement des Actes

041059569
PEDIATRE
Imen. Tifaouine Av. Moulquasama
AGADIR - Tél: 05 28 84 8105
INRE: 041059569

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BILAL PHARMACIE AGADIR TEL: 05 28 88 22 20	28/08/2023	529,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BILAL PHARMACIE AGADIR TEL: 05 28 88 22 20	28/08/2023	529,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/10/23	Z 20	200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/10/23	Z 20	200,00

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

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

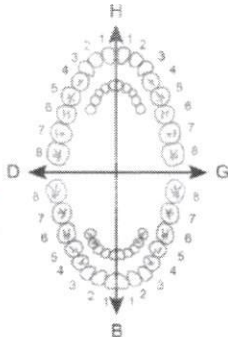
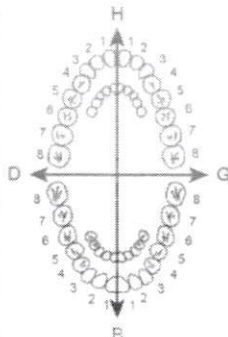
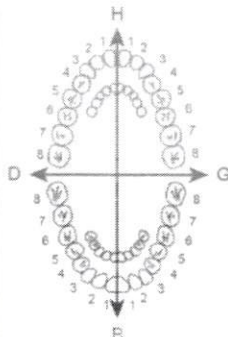
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

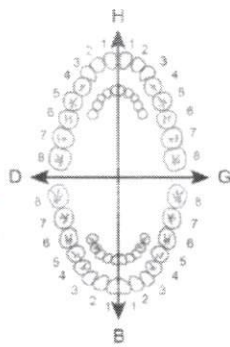
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  <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>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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

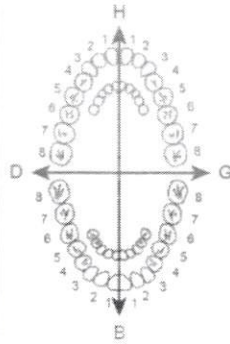
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																
					MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																
					DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																
				FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة جميلة الوزازي

DR JAMILA EL OUARZAZI

خريجة كلية الطب ببوردو

أخصائية في أمراض الطفل و الرضيع

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

D.U. PATHOLOGIE D'URGENCE DU NOUVEAU NÉ ET DE L'ENFANT

28.08.2023



Cabinet
de Pédiatrie

BEN NOUMEN NEJINE

277,00

Pentaxim



252,00

Rotarix



529,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Pentaxim Inj b1 ser 1 dose
P.P.V: 277,00 DH



TEL: 05 28 82 43 32

Sté. BILAPHARMA sari
MAGN. TIMMANTEH AV DES FAR
AGADIR

INPE
042021220

Dr. J. EL OUARZAZI
PÉDIATRE
Imm. Tifaouine Avenue Moukawama
AGADIR - Tél: 05 28 82 43 32
INPE: 041059569

ملتقى شارع المقاومة وزنقة واد زيز
عمارة تيفواين، 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

LOT/MFD/EXP :

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

ID:651054 GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV:252,00 DH

6 118001 142361

Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Orale/ Via oral

/ Ne pas injecter/ No se inyecte



الدكتورة جميلة الوزازي

DR JAMILA EL OUARZAZI

خريجة كلية الطب بوردو
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



28.08.2023 Cabinet
de Pédiatrie

BENMOURHEN NEUÏNE

Rx du Bassin de face

Dépistage dysplasie luxation de hanche

Dr. Hajar EL MORTAJI
RADIOLOGUE



INPE

041281439

Dr. J. EL OUARZAZI
PÉDIATRE

Imm. Tifaouine av. 28 d. AHMED AKHNOUCH
AGADIR - Tél: 05 34 66 66 66 (de Marrakech) - AGADIR
INPE: 041281439

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

**RADIOLOGIE
RYAD ACHIFAE**



**الفحص بالأشعة
رياض الشفاء**

Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse
Scanner multibarette - Ponctions guidées (Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية اللطيف - الدكتور سمر الخيالي
الدكتورة سارة عبد الوافي - الدكتورة هاجر المرنجي

Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI
Dr. Sara ABDELOUAFI - Dr. Hajar EL MORTAJI

Agadir, le : 03/10/2023

Facture N° 1031023

Identité : BB Benmoumen Alexine

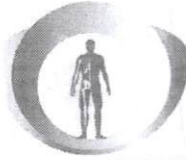
Examen : Bassin Z20

Montant : \$ 200,000 Dhs.

Dr. Hajar EL MORTAJI
RADIOLOGIE
INPE
04220430

Dr.

RADIOLOGIE
AGADIR
N° 129, Bd. AHMED AKHNOUC
(Ex. Rue de Marrakech) - AGA
Tél: 05 28 84 36 26



Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse
Scanner multibarrette - Ponctions guidées (scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5 T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبدالله عبد الوافي - الدكتورة منية الملقف - الدكتور عمر الخيالي - الدكتورة سارة عبد الوافي - الدكتورة هاجر المرتجي
Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI - Dr. Sara ABDELOUAFI - Dr. Hajar EL MORTAJI

Agadir, le : 03/10/2023

Médecin demandeur : DR EL OUARZAZI

Bébé. BEN MOUMEN NEVINE

RX BASSIN FACE :

Noyaux fémoraux calcifiés, de topographie normale.
Toit des cotyles concave, d'aspect normal.
Talus bien marqués.

AU TOTAL :

Aspect normal des hanches.

Dr Hajar EL MORTAJI

Dr. Hajar EL MORTAJI
RADIOLOGUE



RADIOLOGIE RYAD ACHIFAE
AGADIR
N° 129, Bd. AHMED AKHNOUCH
(Rue de Marrakech) - AGADIR

