

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

- Reclamation : 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

M22- 0008388

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 21416 Société : R.A.T

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : AOUSS ST DE

Date de naissance : 13/12/1970

Adresse : 111 Boulevard Amoussine Hay MAFIA

ATT NELLOUL AGADIR

Tél. : 0661343608 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Majid RAZANI
IMMUNO - ALLERGIE
Tél 05 20 82 44 52
AGADIR



Date de consultation : 19/07/2022

Nom et prénom du malade : AOUSS YASSINE

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

Nature de la maladie : Allergie Respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 02/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
19 OCT 2022	CS		200dh	Dr Majid RAZANI ALLERGOLGÉN Tél 05 26 82 44 52 AGADIR - IMPE 041164572
	Sans et oxygène		150dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZIN ICE : 002151089005026 Tél 05 28 24 24 37	19/10/22	592.20
	042 078 733	

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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											
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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"/>											

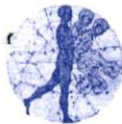
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Majid RAZANI

Immuno - Allergologie, Asthme
Explorations Fonctionnelles Respiratoires
Plethysmographie

Membre de la société Française d'allergologie (SFA)
Membre de l'association Française et Marocaine
de formation continue en Allergologie
(Anaforcal - Amaforcal)
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور مجيد الرزاني

اختصاصي في أمراض الحساسية
والضيق

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الحساسية
عضو في الجمعية الفرنسية والمغربية
للتكوين المستمر في أمراض الحساسية
خريج كلية الطب بباريس

Note d'Honoraires

Reçu de M^r, M^{me}, M^{elle}

AOUSS YASSINE

La Somme de :

trois cent cinquante dhs

350 dhs

Pour :

Consultation :

200 dhs

Visite :

Nebulisation et Oxygène :

150 dhs

Tests Cutanés :

EFR :

Plethysmographie :

Autres :

Dr. Majid RAZANI

IMMUNO - ALLERGLOGIE

Tél: 05 28 82 44 52

- AGADIR -



INPE

041165572

Agadir, le 19 OCT 2022

أكادير في

Docteur Majid RAZANI

Allergologie

Allergie Respiratoire (Asthme)

Allergie alimentaire et Médicamenteuse

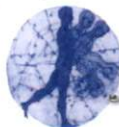
Membre de la société Française d'allergologie (SFA)

Membre de l'association Française et Marocaine

de formation continue en Allergologie

(Anaforcal • Amaforcal)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور مجيد الرزاني

أمراض الحساسية والمناعة
مرض الربو

الحساسية الغذائية والدوائية

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الحساسية

عضو في الجمعية الفرنسية والمغربية

للتكوين المستمر في أمراض الحساسية

خريج كلية الطب بباريس

Agadir, le 19 octobre 2012 في أكادير

140.90xh

sy

Aous

YAHING

ADAR 125



1m

36.40

KOPAC 20g

dep



1.2

32.60

Purol 5mg



1.2

21.40

Bukury 5mg

3h



1.2

28.30

lo - Amuchas

3h



1.2

131.40

NABON 10

01 - 03 - 01



1.2

1.2

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

PPV: 140,90 DH
LOT: 21K16
EXP: 11/2023

LOT : 7216
UT. AV : 03-25
P.P.V : 36 DH 40

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32,60

موكسول[®]

أمبروكسول

بدون سكر

PPV: 140,90 DH
LOT: 21K16
EXP: 11/2023

BUTAMYL[®]

Salbutamol
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH

6 118000 190189