

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

### Biologie 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.

### Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : peci@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-561872

82655

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : Royal Air Maroc	
Matricule : 2087			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENSOUDA NOUNIAD,			
Date de naissance : 15/12/52			
Adresse : 25 Impasse Rue de Madrid AGADIR			
Tél. : 066106175	Total des frais engagés : 935,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. ERRAMI M.K SPECIALISTE DES MALADIES DE L APPAREIL RESPIRATOIRE Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville AGADIR Tél. 05 28 84 38 33
Date de consultation :	18 AOUT 2021
Nom et prénom du malade :	BENSOUDA NOUNIAD Age : 68
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Habituel
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 : 18/08/2021  
Signature de l'adhérent(e) : Nouhad

RECEPTION DE LA DECLARATION  
DU 13 SEPTEMBRE 2021  
ACCUEILLIE PAR

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie ANBARY</b> Badreddine ANBARY Av. Hassan II, Imm. Hassna AGADIR - Tél: 05 28 84 55 92	18/08/2021	685,00 Dhs.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Notes

18 AOÛT 2021

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

---

**Pharmacie ANBARY**  
~~Badreddine ANBARY~~  
Av. Hassan II, Imm. Hass  
AGADIR - Tél: 45 28 84 51

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

**Montant de la Facture**

685.0-104

## **ANALYSES - RADIographies**

#### Cachet et signature du boratoire et du Radiologue

Date

## Désignation des Coefficients

**Montant  
des Honoraires**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## Cachet et signature du Particien

Date des  
Soins

**Nombre**

**AM PC IM IV**

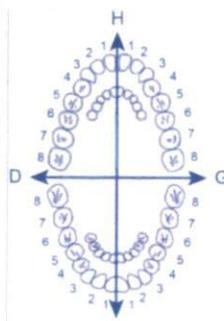
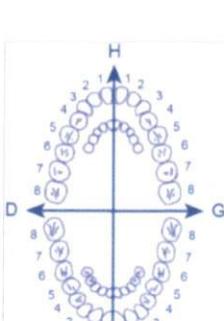
## Montant détaillé des Honoraires

## **RÈLEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. ERRAMI MOHAMED EL KEBIR**

**الدكتور الراامي محمد الكبير**

Diplômé de l'Université de BREST - (France)

خريج جامعة بريست بفرنسا

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

(Asthme - Allergies Respiratoires - Maladies des Bronches)

الضيق - الحساسية التنفسية

Endoscopie - E.F.R.

Membre de la Société de Pneumologie de langue française

(SPLF)

ID: 646311  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 199,00 DH  
6 118001 141098

ID: 646311  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 199,00 DH  
6 118001 141098

S de Santé Publique

18 AOUT 2021

Agadir, le : ..... أكادير في :

M. BEN SOUNDA Nouha J

ID : 644223  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 199,00 DH  
6 118001 141098

199,00x3.

Seretek de

100 SV

SV

ch, km

1 . 0 . 1 = 3 kg

88,00

Caster 10

SV

1 = 10

PPV: 88DH00  
PER: 05/24  
LOT: K1375

685,00 DAK

Dr. ERRAMI M.K  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE  
Im. Imourane Rue Hotel de Ville  
AGADIR Tél. 05 28 84 38 33

Rendez-vous le :

الموعد :

1، زنقة القصر البلدي عمارة ايموران الطابق الثاني قرب عماره أمليل - الهاتف : 05 28 84 38 33

1, Rue Hôtel de ville, Imm Imourane - 2ème Etage près Imm. OUMLIL - Agadir - Tél.: 05 28 84 38 33

Pharmacie ANBARY  
Badreddine ANBARY  
Im. Hassan II, Imm. Haena  
AGADIR Tél: 05 28 84 55 92

**Dr ERRAMI Mohamed El Kebir**  
Diplômé de l'université de  
**BREST France**  
**SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL**  
**RESPIRATOIRE**  
**(ASTHME - ALLERGIE RESPIRATOIRE)**

**الدكتور الرامي محمد الكبير**  
خريج جامعة بريست بفرنسا  
اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي  
(الضيقه - الحساسية التنفسية)

**Note d'Honoraire**

Agadir, le :

18/08/2021

Concernant Mr. Mme :

*MANSOURA Nekhad*

Consultation :

*250 DHS.*

Visite :

Radiographie :

E F R :

Endoscopie Bronchique :

Tests Cutanés :

Autres :

Total :

Arrêtée la présente note à la somme de :

*Dr. ERRAMI M.K*  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE  
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville  
AGADIR Tél 05 28 84 38 33

زنقة القصر البلدي عمارة إيموران الطابق الثاني قرب عمارة أمليل - أكادير

1, Rue de l'Hôtel de ville Imm. Imourane 2 ème étage à coté de L'Imm Oumlil - AGADIR - Tél. : 05 28 84 38 33