

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 : pec@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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1019 ..... Société : R.A.M. 115914  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHERRADI Boubker  
 Date de naissance : 01/07/43  
 Adresse : 15 Résidence Beau Sauss Agadir  
 Tél. : 0661331399 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Majid RAZANI  
 IMMUNO - ALLERGOLOGIE  
 TEL: 05 20 02 64 52  
 AGADIR INPE 041165572  
 Date de consultation : 13 AVR 2022  
 Nom et prénom du malade : M. CHERRADI SABAH ..... Age: .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 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 : 15/04/22 Le : ..... / ..... / .....  
 Signature de l'adhérent(e) : AGADIR

## 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
13 AVR. 2022	ES		Dr. Majid RAZANI IMMUNO - ALLERGOLOGIE TUE 05-28-02 64 82 - AGABIR -	CHPE 04116557

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE BD. MOHAMED V</b> 3. Complexe Al Moussem Bd. Med. V Tél: 05 28 82 45 01	13.04.22	<b>Dr. Youssef BIHI</b> <b>PHARMACIE BD. MOHAMED V</b> 3. Complexe Al Moussem Bd. Med. V AGADIR Tél: 05 28 82 45 01 <b>325,00</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

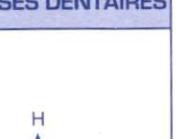
**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
-----	
G	

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>Coefficient des travaux</b>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																
<b>DATE DU DEVIS</b>																

دكتور Majid RAZANI

Allergologie

ergie Respiratoire (Asthme)  
alimentaire et Médicamenteuse

la Société Française d'allergologie (SFA)  
l'association Française et Marocaine  
Formation continue en Allergologie  
(Amaforcal - Amaforcal)  
de la Faculté de Médecine de Paris

Agadir, le 15 Avril 2012

الدكتور مجید الرزاني

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH

ID: 6478  
6 118001 142262

BR LES DOSES PRÉSCRITES  
iquement sur ordonnance

أفراد  
مليمة 30

115,00

AVAMYS

η<sup>η</sup> CHERRADI

PHARM

2p. h. / nom h.

SV

à 1h

4) Acerol

cup

SV

à 1h

3) Phytomer

Hypromel

Neg Borek

210,00

4) Flowair 10mg < 3h 30

SV

à 1h

PHARMACIE BD. MOHAMED V  
Dr. Youssef BIHI  
3, Complexe Al Mougar Bd. Med. V  
AGADIR  
Tél: 05 28 82 45 91

325,00

bid n°50 - str  
Maadi - Cairo  
Registration n°1

BOTTU SA  
PPC : 109 DH 00

3 564300 001039

213036  
10/2021  
10/2024

Majid RAZANI  
- ALLERGOLOGIE  
- 8824452 - AGADIR

PHARMACIE  
Dr. Majid RAZANI

ر. تيفاوبين . زاوبت شارع المقاومة  
v. El Moquaouama et rue Oued Z

Flowair 10 mg

Montéukast sodique  
30 Comprimés pelliculés

6 118001 272631

**Docteur Majid RAZANI**

Allergologie

Allergie Respiratoire (Asthme)

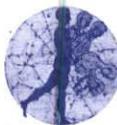
Allergie alimentaire et Médicamenteuse

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 مجید الرزاني**

أمراض المحسنة والمناعة

مرض الربو

الحساسية الغذائية والدوائية

عضو في الجمعية الفرنسية لامراض الحساسية

عضو في الجمعية الفرنسية والمغربية

للتقويم المستمر في أمراض الحساسية

خريج كلية الطب بباريس

## Note d'Honoraires

Reçu de M<sup>r</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>elle</sup>

**CHERRADI SABAH**

La Somme de :

**Deux Cent dhs**  
| 200 dhs |

Pour :

Consultation:

**| 200 dhs |**

Visite:

Nebulisation et Oxygène :

Tests Cutanés :

EFR :

Plethysmographie :

Autres :

**Dr. Majid RAZANI**

IMMUNO - ALLERGOLOGIE

Tél: 05 28 82 44 52

- AGADIR -



Agadir, le

13 AVR 2022

أكادير في