

# 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.

## Diagnostic 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 050111

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1019 Société : RAT 115344  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHERRADI Bousber  
 Date de naissance : 01/07/43  
 Adresse : 15 Bd de la Beau Sauss Agadir  
 Tél. : 0661 331399 Total des frais engagés : Dhs

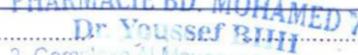
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Majid RAZANI  
 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

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
13 AVR. 2022	CS		12000dh	<p>Dr. Majid RAZANI</p> <p>IMMUNO - ALLERGOLOGIE</p> <p>Tel: 05 28 82 44 82</p> <p>- AGADIR -</p> <p>0411655</p>

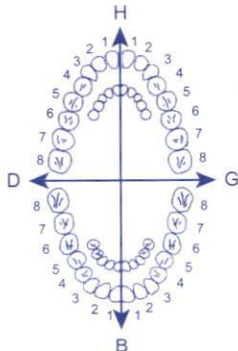
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.04.22	

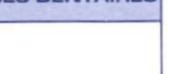
[illegible][illegible]

**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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
						
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div>	H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			<div style="margin-bottom: 20px;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> </div> <div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> </div>
H		G																		
25533412		21433552																		
00000000		00000000																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																		

Dr. Majid RAZANI

Allergologie

Maladie Respiratoire (Asthme)

Alimentaire et Médicamenteuse

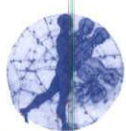
Membre de la Société Française d'Allergologie (SFA)

Membre de l'Association Française et Marocaine

de la Formation Continue en Allergologie

(Anaforcal - Amaforcal)

Docteur à la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور مجيد الرزاني

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH

ID: 647758



6 118001 142262

LES DOSIS PRESCRITES  
iquement sur ordonnance

Agadir, le 15 Avril 2022

7<sup>e</sup> CHERRADI

SABAH

15,00

AVAMYS

2 p.h. / jour



de 1 jour

Acivir



de 2 jours

Physomer

Hypochlor

Neg Soche



210,00

Flowair

10mg < 4h

de 1 jour

PHARMACIE BD. MOHAMED V

Dr. Youssef BIHI

3, Complexe Al Mouggar Bd. Med. V

AGADIR

Tel: 05 28 82 45 51

325,00



bidg n° 56 - Str

Maadi - Cairo

Registration n° 1

BOTTU SA

PPC : 109 DH 00



3 564300 001039

Majid RAZANI  
ALLERGLOGIE  
8 82 44 52 - AGADIR

PHARMACIE  
Dr. Youssef BIHI  
3, Complexe Al Mouggar

213036  
10/2021  
10/2024

Flowair 10 mg

Montelukast sodique

30 Comprimés pelliculés



6 118001 272631

**Docteur Majid RAZANI**

**Allergologie**

Allergie Respiratoire (Asthme)

Allergie alimentaire et Médicamenteuse

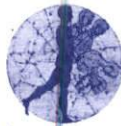
Membre de la société Française d'allergologie (SFA)

Membre de l'association Française et Marocaine

de formation continue en Allergologie

(Anaforcal - Amaforcal)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



**الدكتور 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

## 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

رقم 156. الطابق الثالث عمارة تيفاوين ، زاوية شارع المقاومة و واد زيز (أمام المذبحة) - أكادير - الهاتف : 05.28.82.44.52

N° 156, 3<sup>ème</sup> étage, Imm. Tifaouine, Angle Av. El Moquaouama et rue Oued Ziz (En face de l'Abattoir) - Agadir - Tél. : 05.28.82.44.52