

# 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

- Réclamation : 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000734

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2783 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196133

Nom & Prénom : LAHLOU AHMED

Date de naissance : 29-01-1955

Adresse : BOULEVARD N° 162 (W) CÔTE ALHOUJA AGADIR

Tél : 0661321414 Total des frais engagés : 413,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr LAGDANI Abderrahman**  
Neurochirurgien  
47, Appt N° 2, Bd. 29 Février Talborj  
AGADIR - Tel: 05 28 84 68 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2021

Nom et prénom du malade : LAHLOU AHMED

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

Nature de la maladie : DUE

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

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 / 02 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° 2019 / 5123-A



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'élément des Actes
11/2/24		4	25201	Dr LAGDANI Abderrahman Neurochirurgien 47, Appt N°2, Bd. 29 Février AGADIR - Tél: 05 28 84 68 00 041088188

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATTAWHID Dr. TOUAB Rida 348 bis, S. S. El Houda Tél: 05 28 32 00 02 - AGADIR ICE: 000421238000018	01.02.24	163,20

INPE:042012302

## 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
		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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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

Dr. Abderrahman LAGDANI

Neurochirurgien

الدكتور عبد الرحمان لكداني

جراحة الدماغ والأعصاب

أكادير، في : 1-2-24 Agadir, le :

Non Renouvelable 163120  
Scribe  
18/2/2000  
Pharm  
AS  
250278  
01.08.24  
PHARMACIE ATTAWHID  
348 bis, S. Abdel El Houda  
Tél: 05 28 32 00 02 - AGADIR  
ICE: 000421238000018

PHARMACIE ATTAWHID  
Dr. TOUKAB Dikia  
348 bis, S. Abdel El Houda  
Tél: 05 28 32 00 02 - AGADIR  
ICE: 000421238000018

Dr LAGDANI Abderrahman  
Neurochirurgien  
47, App. N° 2, Bd. 29 Février Talborjt  
AGADIR - Tél: 05 28 84 68 00  
041088188

Rendez - Vous le : .....

# SERDOP<sup>®</sup> 20 mg

fluoxétine chlorhydrate

Boîte de 28 gélules  
Voie orale



LOT : 08425105  
PER : 10 / 2026  
PPV : 153.25000H

A63,90

Dr. Abderrahman LAGDANI

Neurochirurgien  
ICE: 001769379000043

الدكتور عبد الرحمان لكداني  
جراحة الدماغ والأعصاب

Note d'honoraires

N° 013228

Identité

LANLOU

Agadir, le :

11/2/24

Amec

Clinique

Pour

Consultation

Dr. LAGDANI Abderrahman  
Neurochirurgien  
Appt. N°2, Bd 29 Février  
Talborjt - AGADIR  
Tél: 05 28 84 68 00

Montant :

2500M (Deux cent cinquante d'h)