

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W19-436207

Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4184 Société : RAM.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hassouni Khaman

Date de naissance : 21/5/36

Adresse : ESR du Lybie - AGADIR

Tél. : 0561178010 Total des frais engagés : 785,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ERRAMI MK
SPÉCIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél. : 28 84 38 33

Date de consultation : 30 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : SABRI Zohra Age :

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

Nature de la maladie : Affe

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 : AGA Le : 5 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

me

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

30 SEP. 2019

200

Dr. ERRAM MK
SPÉCIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/09/19

#385,90 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire ou du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

30 SEP. 2019

Dr. ERRAM MK
SPÉCIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Particien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

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

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

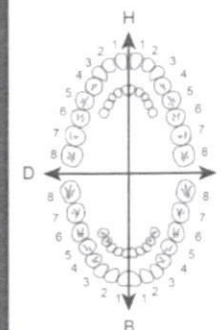
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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 الرامي محمد الكبير

Diplômé de l'Université de BREST - (France)

خريج جامعة بريست بفرنسا

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

Asthme - Allergies Respiratoires - Maladies des Bronches)

الضيق - الحساسية التنفسية

Endoscopie - E.F.R.

Membre de la Société de Pneumologie de langue française

(SPLF)

CES de Santé Publique

Agadir, le 30 SEP. 2019

أكادير في :

M. SABRI Zohra

7950

Filoplas 5p Adulte



1 Cas

3 = 1€

5840

Soluprimo



3 0 0 = 4€

24800

Serethide 250 diluée



Ponmon 1

1 = 3€

Dr. ERRAMI MK
SPÉCIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR 05 28 84 38 33

Rendez-vous le :

385,90

Pharmacie AL HAJJ Soud
Dr. EL HAJJ Soud
Tighanet Cheikh Saadi
05 28 84 38 33 AGADIR

الموعد :

1, Rue Hôtel de ville, Imm Imourane - 2ème Etage près Imm. OUMILIL - Agadir - Tél. : 048 84 38 33

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 بريسست بفرنسا
إختصاصي في امراض الجهاز التنفسي
(الضيق - الحساسية التنفسية)

Note d'Honoraire

30 SEP. 2019

Agadir, le :

Concernant Mr. Mme :

Consultation :

Visite :

Radiographie :

E F R :

Endoscopie Bronchique :

Tests Cutanés :

Autres :

Total :

Arrêtée la présente note à la somme de

Dr. ERRAMI MK
SPÉCIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

1 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

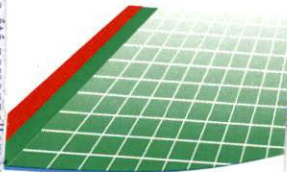
Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale



20 Comprimés effervescents



sanofi aventis

58,40

Solupred® 20mg



ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Par ailleurs, la prise de ce médicament en association avec le sultoipride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

فِتْوُوبُلَيْسُ®

محلول للشرب



للکبار

صمغ النحل
الإيکیناسیا
الزعر
فيتامين C

3 fois / j

Après repas

يساعد على تهدئة
المجاري التنفسية
وتلطيف الحلق

150 مل

MEDIPRO
PHARMA



Contenu net: 150 ml

Lot:
A consommer
de préférence avant le:

190109
01-2022

PPC: 79,50 DH



SYSTEME NON RECHARGEABLE
Poudre pour inhalation en récipient unitaire

propionate de fluticasone/
salmétérol

SERETIDE®
Diskus®



250
microgrammes
/50 microgrammes par dose

SERETIDE®
Diskus®

propionate de fluticasone/
salmétérol

250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 248,00 DH



6

118001141104

ID : 623178

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance