

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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'Industrie - Casablanca 20000 - Tel.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-516644

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2654	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KENFAOUI Abdellah			
Date de naissance : 14.12.53			
Adresse : 28 me Alm Al Magri Nacine 1000			
Tél. 0608896208			Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Dr. ERRAMI MK SPÉIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE Imm. Imourane Rue Hassan II de VII- AGADIR Tél: 05 28 84 38 33			
Date de consultation : 22/10/2020			
Nom et prénom du malade : KENFAOUI Abdellah Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Membre Basculement			
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.			
03 MARS 2020			

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 : 000

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUSÉ VOL 100

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
22/11/20	C		200	DR. ERRAMI MK SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE Imme. Imtouane Rue Hassan de Vi. AGADIR - Tel: 05 28 84 38 33

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

22/11/20

308.75

ANALYSES - RADIGRAPHIES

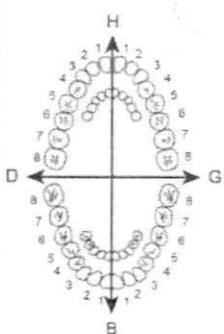
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

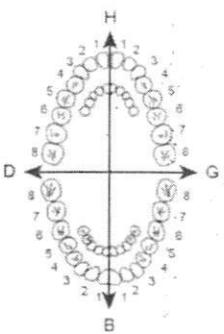
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 التنفس

(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

22 JAN. 2020

Agadir, le : أكادير في :

Mr KENFAOUI Abd



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

Rendez-vous le : الموعود :

1، زنقة القصر البلدي عمارة ايموران الطابق الثاني قرب عماره أميليل أكادير الهاتف : 33

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

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C

N° A.MM : 562/16 DMP/21/NNP

Respecter les doses prescrites

Liste II

IPPSIUM®

Esoméprazole



DEMECO

0 4 9 7 1 7 0 6 2 0
PPV 4 9 4 0 0 H

49,40

VOIE ORALE
Boîte de 7 gélules Gastro-résistantes

20mg

buvable en sachet
poudre pour suspension

1g /125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 168,20 DH
LOT : 619313
PER : 03/21

AUGMENTIN

1g /125 mg

Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique 125mg
(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartam (environ 30mg).

Mise en garde spéciale : risque d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



Eumoxol®

Ambroxol

Sirop 0,3%

Flacon de 250 ml

34,00