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

- 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

Déclaration de Maladie

№ M20- 0002892

168710

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIRDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. Med El fassi Resid. Al Qods n°19 Fès

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 996.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Meryem EL HAMMOUMI PNEUMO-ALLERGOLOGUE INPE: 141163840 3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle d'or, 1er Etage, Apt N°12 - FES TEL: 05 35 93 00 02

Date de consultation : 31 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : Mirdass Fati 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 : Fès **Le :** 08 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Meryem EL HAMMOUMI PNEUMO-ALLERGOLOGUE INPE: 141163840 3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle d'or, 1er Etage, Apt N°12 - FES TEL: 05 35 93 00 02

[redacted]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/05/23	CS		250,00 DH	Dr. Meryem EL HAMMOUMI PNEUMO-ALLERGOLOGUE INPE: 141163840 3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle d'or, 1er Etage, Apt N°12 - FES TEL: 05 35 93 00 02
08/06/23	CS		CS	Dr. Meryem EL HAMMOUMI PNEUMO-ALLERGOLOGUE INPE: 141163840 3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle d'or, 1er Etage, Apt N°12 - FES TEL: 05 35 93 00 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AIN LAHNACH DR KALI REDA AIN LAHNACH ANNEXE DE TIZGUIT PROVINCE IFRANE TEL : 06 67 74 98 01	31/05/2023	643,90
PHARMACIE AIN LAHNACH DR KALI REDA AIN LAHNACH ANNEXE DE TIZGUIT PROVINCE IFRANE TEL : 06 67 74 98 01	08/06/2023	102,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

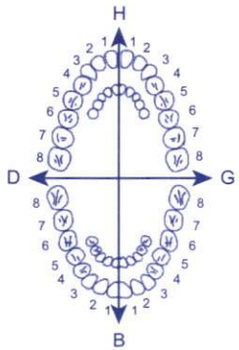
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient



CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

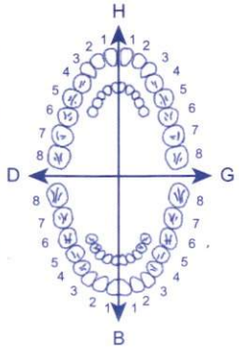
H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

D — G

B

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



CŒFFICIENT 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

الدكتورة مريم الحمومي
Dr. Meryem El Hammoumi
أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
Pneumo - Allergologue
INPE : 141163840

Fès le : 08/06/2023 فاس في:

ORDONNANCE

Mme MIRDASS FATIMA

102,60

1) AERIUS 5 MG
1 cp le soir AU BESOIN

S.V

LOT : 108
PER : NOV 2024
PPV : 102 DH 60

Dr. Meryem EL HAMMOUMI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE: 141163840
3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle
d'or, 1er Etage, Apt N°12 - FES
TEL: 05 35 93 00 02

PHARMACIE AIN LAHNACH
DR KALI REDA
AIN LAHNACH ANNEXE DE TIZGUIT
PROVINCE IFRANE
TEL : 06 67 74 90 01

3، زنقة للا أمينة، مكاتب المثلث الذهبي، م.ج.فاس
3, Rue lalla Amina, Bureaux Triangle d'Or, V.N. FES
0535 93 00 02 | étage 1 الطابق | Bureau 12 المكتب

الدكتورة مريم الحموومي
Dr. Meryem El Hammoumi
أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
Pneumo - Allergologue
INPE : 141163840

Fès le : 31/05/2023 فاس في:

ORDONNANCE

Mme MIRDASS FATIMA

387,00

1) FOSTER POUDRE
1 b 2fois/j pd 3 mois
SE RINCER LA BOUCHE APRES UTILISATION

45,30

2) BUTOVENT SPRAY
2 b 3 fois/j pd 7 j puis 2b à la demande

72,00

3) UNIZITRO
1 cp /j pdt 3 jours

79,50

4) CURAXOL SIROP SANS SUCRE
UNE CS X 3/ JR X 10 JRS

60,10

5) MAXILLASE
1 cp x 3 / j pendant 5 j

643,90

S.V S.V S.V S.V S.V

Vignette
FOSTER فستار
100/6 6/100
mcg/dose ميكروغرام/جرعة
PPV= 387DH00

Médicament autorisé -2026
N°: 132/19/DMP/21/NRQDNM
P.P.V: 45 DH 30

LOT 224387
EXP 08/24
PPV 72DH00

3CX EXP: 08/2
: 79.50 DH

Distribué sous licence par LAPROPHAN 21, rue des Oudaya CASABLANCA - Maroc
PPV: 50DH

PHARMACIE AIN LAHNA
DR KALI REDA
AIN LAHNACH ANNEXE DE T
PROVINCE IFRANE
TEL : 06 67 74 98 0

Dr. Meryem EL HAMMOUMI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE: 141163840
3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle d'or, 1er Etage, Apt N°12 - FES
TEL: 05 35 93 00 02

3، زنقة للا أمينة، مكاتب المثلث الذهبي، م.ج.فاس
3, Rue lalla Amina, Bureaux Triangle d'Or, V.N. FES
0535 93 00 02 | étage 1 الطابق | Bureau 12 المكتب