

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-701999

115974

commun

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04083 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAKKAS BRAHIM

Date de naissance : 01.06.1946

Adresse : RUE CHAKIB ARSALAN BOE MOULOUK A
CHAMPS DE COURSE FES

Tél. : 0666135753 Total des frais engagés : 442,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2022

Nom et prénom du malade : Meryem EL HAMMOUMI Age : 75

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

Nature de la maladie : Douleurs Thoraciques

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 : FES Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Meryem EL HAMMOUDI
PNEUMOLOGUE
INPE: 141283480
3. Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle
d'or, 1er Etage, Apt N°12 - FES
TEL: 05 35 93 00 02

Cachet et signature du Maire
Meryem EL HAMDOUMI
Maire de la commune d'Alger
NEPMA ALGER
INPE: 141283480
Rue Lalla Amina, Bureaux Triangles
d'or, 1er Etage, Apt. N°12 - FES
TEL: 05 35 93 00 02

Montant de la Facture

Montant de la Facture

Cachet et signature du Laboratoire et du Pharmacien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

Cachet et signature du Laboratoire et du Pharmacien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

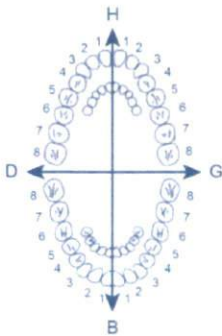
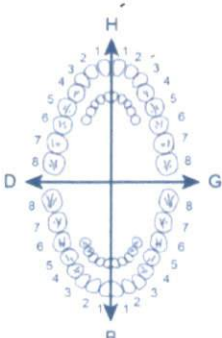
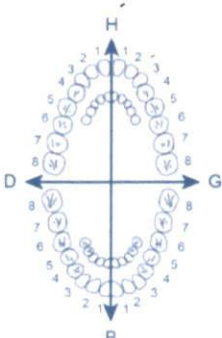
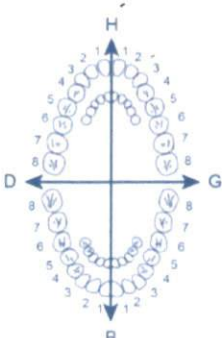
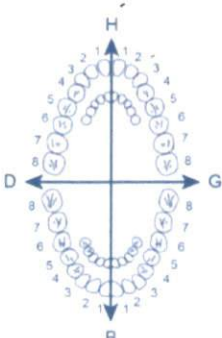
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

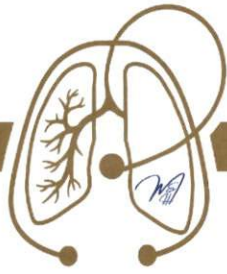
Important :

Veillez 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS <table><tr><td></td></tr></table>																
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				DATE DE L'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																

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 :

27/04/2022

فاس في:

ORDONNANCE

Mr OUAKKAS BRAHIM

20,00

1) DOLIGRIP

1 sachet 2 fois/j pd 5 j



Pharmacie Moulay Slimane
Mc J. KETTANI
Pharmacie L'anne
9, Avenue Mohammed VI, Fes
Tél: 05 35 93 00 02

PUIS

22,20

2) CODOLIPRANE

1 à 2 cp par prise x 3/j en cas de douleur sans dépasser 6 cp/jr



Pharmacie Moulay Slimane
Mc J. KETTANI
Pharmacie L'anne
9, Avenue Mohammed VI, Fes
Tél: 05 35 93 00 02

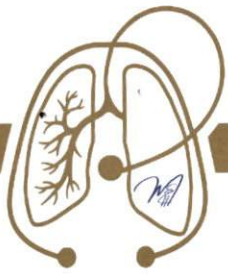
Dr. Meryem EL HAMMOUMI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE: 141163840
3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle
d'Or, 1er Etage, Apt. n° 12 - FES
TEL: 05 35 93 00 02



3. زنقة للا أمينة، مكاتب المثلث الذهبي، م.ج. فاس

3, Rue lalla Amina, Bureaux Triangle d'Or, V.N. FES

المكتب 12 | الطابق 1 | étage | 0535 93 00 02



الدكتورة مريم الحمومي

Dr. Meryem El Hammoumi

أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

Pneumo - Allergologue

INPE : 141163840

Fès le :

27/04/2022

فاس في:

Mr OUAKKAS BRAHIM

COMPTE RENDU DE RADIOGRAPHIE

THORACIQUE DE FACE

- Syndrome bronchique basal bilatéral sans opacité systématisée visible,
- Médiastin en place,
- Diaphragme en place,
- CDS pleuraux libres.

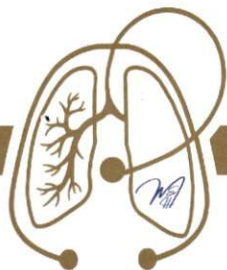
Dr. Meryem EL HAMMOUMI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE: 141163840
3, Rue Lalla Amina, Bureaux Triangle
d'Or, 1er Etage, Apt N°12 - FES
TEL: 05 35 93 00 02



3. زنقة للا أمينة، مكاتب المثلث الذهبي، م.ج.فاس

3, Rue lalla Amina, Bureaux Triangle d'Or, V.N. FES

المكتب 12 | الطابق 1 | étage | 0535 93 00 02



الدكتورة مريم الحمومي

Dr. Meryem El Hammoumi

أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

Pneumo - Allergologue

INPE : 141163840

Fès le : 27/04/2022

فاس في:

N° PATENTE :13112230

ICE :001767985000045

Mr OUAKKAS BRAHIM

Note d'honoraire

Désignation	Montant
RADIOGRAPHIE THORACIQUE	150,00
CONSULTATION	250,00
Total Honoraires en MAD	400,00

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

المكتب 12 | الطابق 1 | étage | 0535 93 00 02