

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

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

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° W21-688884

120307

payé court

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 1922 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RAM

Nom & Prénom : ELAZIZI MOHAMMED

Date de naissance : 01/06/1982

Adresse : HAJ AZHAR IMF APPT AVENUE IBRAHIM

Tél. : 0535 608347 Total des frais engagés : 800,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/06/2022

Nom et prénom du malade : Elazizi Age : 40

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

Nature de la maladie : asthme

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 : 14/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-688884
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Nom de l'adhérent(e) : ELAZIZI


Total des frais engagés : 800,80

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019


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
14/01/22				
24/01/22				

INPE: 141034249

NRE: 141034249

Dr. SANAA BENSOUDE
RUE IBN ALKATEB, HAY
RTE AIN CHKEF
Tél: 05 35 74 84 38
INPE: 141034249

Cachet et signature du Médecin	Date	Montant de la Facture
	14/01/22	153,65
		247,20 DH

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/01/22		100,00

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

VOLET ADHERENT

les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

honoraires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/SDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

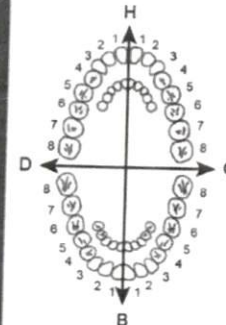
SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/SDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/SDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

Fluibron 0,3%
Ambroxol

30,00

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Docteur Mohammed Bouayad

Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy-France

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Respiratoire
D.U. de Pathologie Respiratoire
Professionnelle et Environnementale
Diplôme de Pathologie de sommeil
Asthme, Allergie Respiratoire, Tuberculose
Ronflement - Apnée de Sommeil

**الدكتور محمد بوعياض**

خريج كلية الطب بنانسي - فرنسا

اختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
شهادة جامعية لأمراض الجهاز التنفسي المهنية والبيئية
دبلوم تشخيص ومعالجة انقطاع التنفس أثناء النوم
الضيق، الحساسية،
داء السل، الشخير

PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

فأس، في:.....Fès, le:

21/06/2022

MR ELAZAIZI MOHAMMED

123,612 21 24722

1. INEXIUM 40mg

01 cp / j, avt petit déjeuner, 01 mois



PHARMACIE AL KORACHI
SABLI-AU KORACHI
RUE IBN ALKHATEB, HAY 11 42HAF
RTE AIN CHKEF - FES
Tél : 05 35 74 84 97
Fax : 142006881

PHARMACIE AL KORACHI
SABLI-AU KORACHI
RUE IBN ALKHATEB, HAY 11 42HAF
RTE AIN CHKEF - FES
Tél : 05 35 74 84 97
Fax : 142006881

Dr Mohammed Bouayad
Pneumologue Allergologue
★ C. 05 35 93 23 73
38, Rés. Tlemçani Av. Med V - Fès

☎ 06 61 14 72 28

Docteur Mohammed Bouayad

Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy-France

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Respiratoire

D.U. de Pathologie Respiratoire

Professionnelle et Environnementale

Diplôme de Pathologie de sommeil

Asthme, Allergie Respiratoire, Tuberculose

Ronflement - Apnée de Sommeil

**الدكتور محمد بوعياذ**

خريج كلية الطب بنانسي - فرنسا

اختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

شهادة جامعية لأمراض الجهاز التنفسي المهنية والبيئية

دبلوم تشخيص ومعالجة انقطاع التنفس أثناء النوم

الضيق، الحساسية،

داء السل، الشخير

PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

فاس، في:.....Fès, le:

14/06/2022

MR ELAZAIZI MOHAMMED**1. FLUIBRON sirop**

123,60 1càs x3/jour, répartis dans la journée, 08 jours

2. INEXIUM 40mg

01 cp / j, avt petit déjeuner, 15 jours



PHARMACIE AL KORACHI
SARL-AU
Dr. SANAA BENSOUADA KORACHI
RUE IBN ALKHATEB, HAY AL AZHAR
RTE AIN CHKEF - FES
Tél : 05 35 74 84 97
INDÉ : 142006881

☎ 06 61 14 72 28

Docteur Bouayad Mohammed
Pneumologue
38, résidence Tlemçani
AV Mohammed V Fès
Tél : 0535 932373
Fax : 0535 940666

Fès le : 14/06/2022

Facture N° :00513/22

Identité : Mr ELAZAIZI MOHAMMED

Consultation : 250,00 DHTTC

Radio thoracique : 150,00 DHTTC

Total..... : 400,00 DH TTC

Arrêter la présente facture à la somme de quatre cents dirhams
toute taxe comprise

Signé : DR M Bouayad



Docteur Bouayad Mohammed
Pneumologue
38, résidence Tlemçani
AV Mohammed V Fès
Tél : 0535 93.23.73
Fax : 0535 94.06.66

Fès le : 14/06/2022

COMPTE RENDU

Identité : Mr ELAZAIZI MOHAMMED

Radiographie thoracique de face :

➤ Syndrome bronchique des deux bases.

Signé : Dr Med Bouayad

