

## 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

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° W21-688884

120307

pey cours

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1922

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ELAZAIZI MOHAMMED

Date de naissance :

01/06/1982

Adresse :

HAY AZHAR IMMF XPLTY AVENUE IBN KHALDOUN

Tél. :

0522 608347

Total des frais engagés : 800,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/06/2012

Age :

Nom et prénom du malade :

B. El Ait

Conjoint

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

air

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

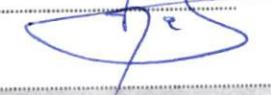
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 14/06/2012

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-688884

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Nom de l'adhérent(e) : El Ait

800,80

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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
1/1/2012	C	C	INPE: 141034249	<i>[Handwritten signatures and stamps]</i>

*Dr. Sanaa Bensouda, Korachi*

**EXECUTION DES ORDONNANCES** 05 35 93 23 73  
Tlemçani Av. Med V - Fès

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
DR. SANA BENSOUADA, KORACHI	1/1/2012	153,62
RUE IBN AL KHATEB, HAY EL AZHAR		247,20 DH
Tél : 05 35 74 84 38		
INPE: 141034249		

*Dr. Sanaa Bensouda, Korachi*

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Sanaa Bensouda, Korachi	1/1/2012	2	180,-

*Dr. Sanaa Bensouda, Korachi*

**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.

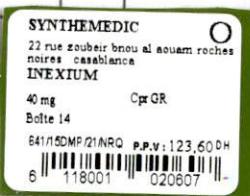
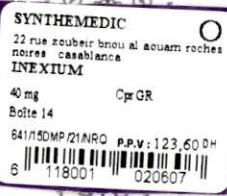
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### SOINS DENTAIRES

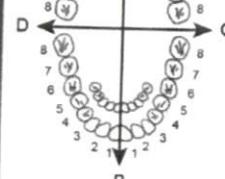


#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
B	

[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

**Fluibron® 0,3%**  
Ambroxol

30,00

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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 بوعياد

خريج كلية الطب بنانسي - فرنسا

اختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

شهادة جامعية لأمراض الجهاز التنفسى المهنية والبيئية

دبلوم تشخيص ومعالجة انقطاع التنفس أثناء النوم

الضيق، الحساسية،

داء السل، الشخير

## PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

Fès, le: ..... فاس، في:

21/06/2022

MR ELAZAIZI MOHAMMED

123,612 212472

1. INEXIUM 40mg

01 cp / j, avt petit déjeuner, 01 mois

PHARMACIE AL KORRACH  
SARL-AU SENS DUDU KORRACH  
SANNA ALKHATIB TEL: 05 35 74 84 97  
RUE IBN TAYMIA 25/27  
TÉL: 05 35 006881

Dr Mohammed Bouayad  
Pneumologue Allergologue  
Tél: 05 35 93 23 73  
Rés. Tlemçani Av. Med V - Fès

06 61 14 72 28

38، إقامة التلمساني شارع محمد الخامس (متجر أوديربي) فاس - الهاتف : ع: 05 35 94 06 66 - الفاكس: 05 35 93 23 73  
38, Résidence Tlemçani Boulevard Med V(Magasin Au derby) - Fès Tél.: C: 05 35 93 23 73 - Fax : 05 35 94 06 66

# CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

**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 بوعياد**

خريج كلية الطب ببنانسي - فرنسا

اختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية  
شهادة جامعية لأمراض الجهاز التنفسى المهنية والبيئية

دبلوم تشخيص وعلاج اضطرابات النوم  
الضيق، الحساسية،  
داء السلس، الشخير

## PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

Fès, le: ..... فاس، في:

14/06/2022

**MR ELAZAIZI MOHAMMED**

30,00

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

153,60



**é PHARMACIE AL KORACHI**

SARL AU

r. SANAA BENSOUDA KORACHI  
RUE IBN ALKHATEB, HAY AL AZHAR

RTE AÏN CHKEF - FES

Tél : 05 35 74 84 97

INDE : 1420066881

06 61 14 72 28

38، إقامة التلمساني شارع محمد الخامس (متجر أوديربي) فاس - الهاتف : 05 35 93 23 73 - الفاكس : 05 35 94 06 66  
38, Résidence Tlemçani Boulevard Med V(Magasin Au derby) - Fès Tél.: C: 05 35 93 23 73 - Fax : 05 35 94 06 66

**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

