

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
- O 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° W21-770770

148186

payé

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1922

Matricule : 1922 Société : PAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MORANNA

Nom & Prénom : ELAZAZI MORANNA

Date de naissance : 01/06/1952

Adresse : 144X AZHAR IMMEUBLE APY AV. 120 KHATTA FES

Tél. : 0535609347 Total des frais engagés : 534,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/01/2023

Nom et prénom du malade : ELAZAZI Noh

Age : 70

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Emphysema chronique

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 : 11/01/2023

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-770770

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1922

Nom de l'adhérent(e) : ELAZAZI

Total des frais engagés : 534,90

Date de dépôt :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Mars 1980	S	G	270,-	INPE: 141034249 Dr Mohammed Bouayad Pneumologue Allergologue

Dr Mohammed Bouayad
Pneumologue Allergologue
C. 05 35 93 23 73
Rés. Tlemçani Av. Mod V - Fes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KORACHI SARFAT AL AZHAR ANAA BENSOUDA IBN ALKHATEB, MAY AL AZHAR RTE AIN CHKEB - FES TEL : 05 35 74 84 97 TEL : 142006881	11.11.23	134,50 DH

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Momeni Borzouyeh Pneumologie Allergologie Tél : 06 38 93 99 79 Rég. Tiemqani Av. N°5 V - F55 *	1/02/2022	RH- INPE: 141034249	1 P,-

Cachet et signature du
Laboratoire de Radiologie
Dr Merhane
Pneumologue Allergologue
Rés. Tlemçani Av. Méd V - F85

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous 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 :

Veuillez joindre

la prescription de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENT

Coefficient

INP :

39,90

DATE 22 01 0
R SEP 24
REV 390 H 90

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

u de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE 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 بوعياذ**

خريج كلية الطب بناني - فرنسا

اختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

شهادة جامعية لأمراض الجهاز التنفسي المهنية والبيئة

دبلوم تشخيص ومعالجة انقطاع التنفس أثناء النوم

الضيق، الحساسية،

داء السل، الشخير

PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

فاس، في: فès, le:

11/01/2023

MR ELAZAIZI MOHAMMED

350

1. EFLOXIN 500 mg cp

350 01 cp / j, au cours repas, 07 jours

2. EXOMUC sachet

1 sachet 03x/jour, après repas, 10 jours

134,50



PHARMACIE AL KORACHI
SARL-AU
SANA A BENSOUADA KORACHI
EN ALKHATEB, HAY AL AZHAR
RTE AIN CHKEF - FES
31: 05 35 74 84 97
35: 142006881

☎ 06 61 14 72 28

38، إقامة التلمساني شارع محمد الخامس (متجر أوديربي) فاس - الهاتف : ع: 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 93.23.73

Fax : 053594.06.66

Fès le : 11/01/2023

COMPTE RENDU

Identité : Mr ELAZAIZI MOHAMMED

Radiographie thoracique de face :

- ✓ Surrélévation de la coupole diaphragmatique droite.
- ✓ Fils de sternotomie.
- ✓ Aspect du poumon cardiaque.

Signé: Dr Med Bouayad



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

Fès le : 11/01/2023

Facture N° :0057/23

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

