

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER 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

- 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° W21-822362

201812

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4571 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RET

Nom & Prénom : TALEB Abdelmajid

Date de naissance : 09-09-61

Adresse : Bloc 2 N°106 MAY EL FATHA IT

MELLAL

Tél. : 0666937779 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. El MOUTIA Hmad
Anesthésiste-Réanimateur
Hôpital International Agadin
Tél : 0528 207 171 - Fax : 0528 206 464
INPS : 041248030

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Abdelmajid TALEB 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-822362

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
02/02/94	EC		50,00	INP : 04196830 Hôpital International Agadir 35 à Zone Outanane - Agadir Tél : 0528 207 171 Fax : 0528 206 464 E-mail : direction@hia.ma
	L		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/02/94	ECG	150,00

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

VOLET ADHERENT

* 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 les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



AKDITAL

Hôpital International Agadir

المستشفى الدولي أكادير

Agadir, le 09/09/2016

M. Tale B. ABdelmajid

Saie ECG

Hôpital International Agadir
sis à zone grand stade, Route N°1
IDA OUTANANE - Agadir
Tél: 0528 207 171 Fax: 0528 206 464
E-mail: direction@hia.ma

Dr. El MOUTIA Hmad
Anesthésiste-Réanimateur
Hôpital International Agadir
Tél: 0528 207 171 - Fax: 0528 206 464
INPE 041240030

Hôpital International Agadir sis à zone grand stade,
Route n°1 (en face CHU) IDA OUTANANE - Agadir
Tél. : 05 28 20 71 71 - Fax : 05 28 20 64 64

E-mail : direction@hia.ma - Site web : www.hiagadir.ma

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR



AGADIR Le : 02-02-2024

Facture N° 03882/24

A. Identification

N° Dossier : HIA24B02130659 N° Identifiant : 024765/24
Nom & Prénom : M. TALEB ABDELMJID
C.I.N : J161336
Adresse : AGADIR

C. Débiteur page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-02-2024
Date Sortie : 02-02-2024

Médecin traitant : DR . EL MOUTIA HMAD

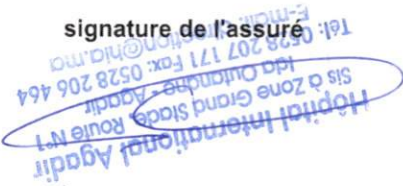
Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FRAIS CLINIQUE		50,00			50,00
1	ECG		150,00			150,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						200,00
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. EL MOUTIA HMAD (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						250,00
TOTAL GENERAL						450,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

signature de l'assuré



HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 02/02/2024

LE:04/02/2024

DATE SORTIE : 02/02/2024

DR. EL MOUTIA HMAD (ANESTHESIE-REANIMATION)

HONORAIRES : 250,00 Dh (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)

PATIENT : M. TALEB ABDELMJID

Dr. EL MOUTIA Hmad
Anesthésiste Réanimateur
Hopital International Agadir
Tél : 0528 207 171 - Fax : 0528 206 464

signé et cacheté

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

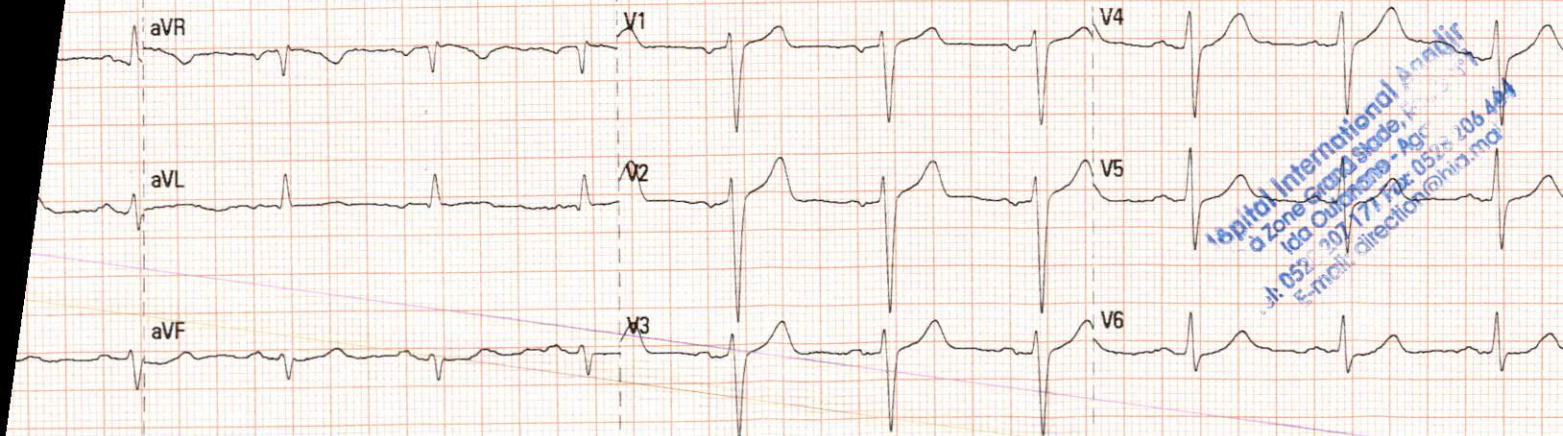
NOM DU PATIENT : M. TALEB ABDELMJID DATE DE NAISSANCE : 09/09/1961 HIA24B24085517	
	
Reçu N°: 63876	
Palement du 24/02/2024 11h51	
Montant	1 860,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : HANIM KHADIJA Le 24/02/2024 11h51

ACCUSE CAISSE
Hôpital International Agadir

2024-02-02 12:49:42

Abdoulmgid talib



ID:2024020211092255

Nom:

2024-02-02 12:49:42

Fréq. Ventricule (bpm)

75

Intervalle PR (ms)

172

Durée QRS (ms)

100

Interv. QT/QTc (ms)

398/425

Axes P/QRS/T (deg)

66/-26/40

--- Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient ---

Rythme sinusal

Déviations axiales gauches

ECG limite

Diagnostic non confirmé.

RDB 20 Hz

QTc:Hodges

02.09.00/V06.00.05

SN:FK-11025777