

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

- Réclamation : 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° W19-559117

AMPD ND: 39693 9H

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8692 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IRAQI KARIM

Date de naissance : 01/01/1971

Adresse : 357 CANNES TOWN BOUSKORRA

Tél. : 0661296987 Total des frais engagés : 300 + 100 + 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IRAQI KARIM Age : 49

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) :

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
du 01/01/2010 au 31/12/2010	C2+EA		300,00	INPE 091140875 Dr. Ghiz PENHA Spécialiste de Cardiologie 24 Rue Mousson Bld - Angoulême 1 ^{er} Etage - Casa Tél: 05 22 260 250 Fax: 05 21 28 20 14 GSM: 06 61 41 05 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUTE DE LA DIDA 40, Bd Brancini Roudani Tél: 05 22 99 57 46	04/03/2010	1071,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
					MONTANTS DES SOINS																					
					DEBUT D'EXECUTION																					
					FIN D'EXECUTION																					
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																										
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
				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																							

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

M^R Irapi Kouim

Casablanca, Le : 04/08/2020

Att de Brui

$$\begin{aligned} 136,60 \times 4 &= 546,40 \\ 89,20 \times 2 &= 178,40 \\ \hline &= 724,80 \end{aligned}$$

1) Ambors

1 - 0

52,80

2) acde do

0 - 0 - 1

79,70

3) Zithromax 250 pte 25

1 - 0 - 0

63,90

4) Diprofénis

0 - 0 - 1

PHARMACIE
Route d'El Jadid
240, Bd Brahim Rouadi
Tel : 05 22 99 57 40

Dr. Ghita BENHAYOUN
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
82, Rue Moussa Ibnou Noussair 1^{er} Etage - Casa
Tél: 0522 260 250 Fax: 0522 28 20 14
GSM: 0661 43 05 60

150,00

s) Hylomcomod

1 - 0 - 1



1071,20

[Handwritten signature]

150,00

2022-01

LOT 294966

PPC: 150DH

LOT 181039

EXP. 02/2021

PPV 52.80DH

ZITHROMAX 500 MG

Boite de 03 comprimés

Lot : 1279481

Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2021

PPV : 79,70 DH

63,90



56 COMPRIMÉS

AMLOZ 5 mg

UT.AV : 0 4 2 0 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 4 2 8

1 3 6 6

136,60

09366130/3



56 COMPRIMÉS

AMLOZ 5 mg

UT.AV : 0 4 2 0 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 4 2 8

1 3 6 6

136,60

09366130/3



56 COMPRIMÉS

AMLOZ 5 mg

UT.AV : 0 4 2 0 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 4 2 8

1 3 6 6

136,60

09366130/3



56 COMPRIMÉS

AMLOZ 5 mg ○

UT.AV : 0 4 2 0 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 4 2 8 7

1 3 6 6

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AMTAL 5 mg

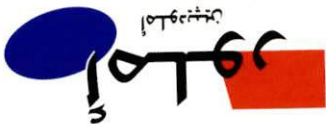
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV : 2 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 3 4

89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AMTAL 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

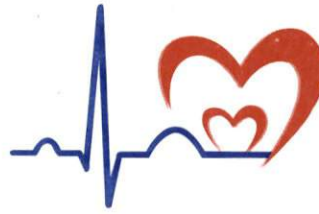
LOT N° :

89,20

09366067/7

Dr. Ghita BENHAYOUN

*Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V*



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Le 04/08/2020

Le :

Mr Iraqi Karim

Note d'honoraire N°110/2020

C2+ECG :300 Dhs

IF : 15162455

ICE : 001734293000063

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
1er étage
Casablanca
Tél : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14
Fax : 05 22 48 20 14
GSM : 06 61 43 05 60
ghitabenhayoun@gmail.com

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : IRAQI KARIM N : 0004199

Sex : Case No. :

Age : 49Y Lit No. :

Clinique N : Date : 04/08/2020

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 16s

FC: 91bpm

P Interval: 81ms

QRS Interval: 79 ms

T Interval: 203 ms

PR Interval: 125 ms

QT Interval: 343 ms

QTc Interval: 421 ms

P Axis: 51.30°b

QRS Axis: 12.20°b

T Axis: 21.70°b

Prompt:

MRSA 18

Ane Cus

BBB incomplet
pas de lésion de repolarisation

Signature Medecin :

ECG

