

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 056854

Maladie

Dentaire

Optique *commun*

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *129*

Société : *UB3317*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *BENhayaoun Tauria*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *05241303896*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-056854

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 :

par
comme

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC	= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage-Femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 281
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.r

FEUILLE DE SOINS 637935

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Benhayoun Tbouria

Matricule : 429 Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : 05 24 30 38 96 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Benhayoun Tbouria Age 1941

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Hypertension Anténielle

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Marrakech le 15/09/2020 Signature et cachet du médecin : Dr. Abdellah BELAROUDI

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 637935 MUPRAS

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



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
15/09/2021	CONSULTATION	1	300,50	Dr. EL BAROUJI Signature : EL BAROUJI Date : 15/09/2021 Téléphone : 0524450327

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

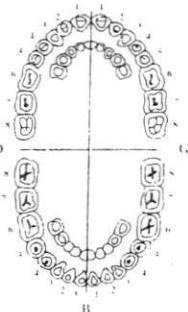
VOLET ADHERENT

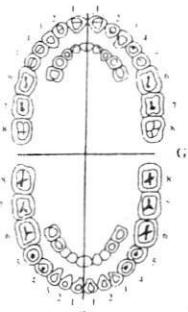
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS
	D	G	
	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	35533411	11433553	
	B		DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرايين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Fax : 05 24 43.89.26

GSM : 06 66 41 66 16

E.C.G, HOLTER-E.C.G
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE
HOLTER TENSIONNEL

Marrakech le 15.09.2020

N° A.77.90

Mme Touria BERRADA née BENHAYOUN

Conseils et recommandations : régime peu salé.

12800 ZANIDIP 10 (lecardepine)

un comp le matin avant le petit déjeuner

51200 STATICOL 20 (simvastatine)

un comp le soir

30704 KARDEGIC 75 (aspirine)

un sachet à midi

12280 GLUCOPHAGE 850 (mitformine)

un comp matin et soir avec les repas

68100 DIAMICRON 30

un comp le matin avant le petit déjeuner

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

7200 ADDITIVA MULTIVITAMINE

un par jour

VAXIGRIP

N1

N1

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue
Rue Mauritania Marrakech
Tel. 05 24 43 02 86/05 24 43 11 83

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 19E002
PER.: 01 2021

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 19E003
PER.: 04 2021

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 20E010
PER.: 11 2021

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 19E005
PER.: 04 2021

6 118000 061847

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E006
PER.: 01 2023

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E006
PER.: 01 2023

6 118000 062134

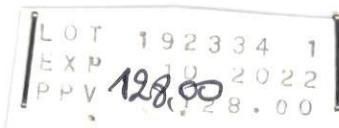
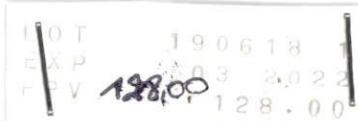
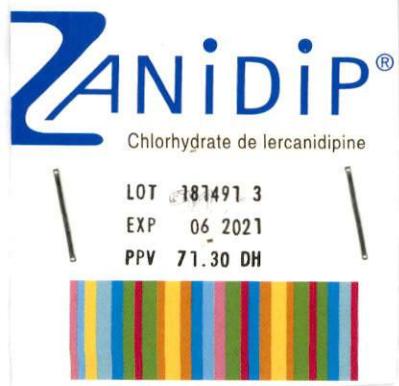
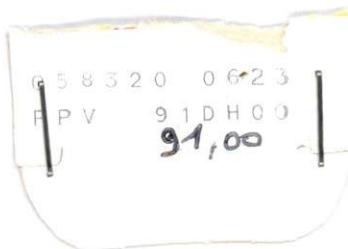
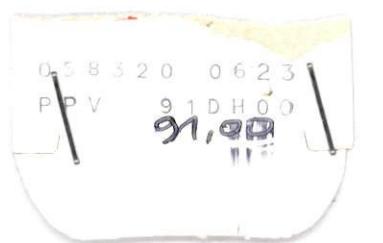
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 19E001
PER.: 10 2022

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E006
PER.: 01 2023

6 118000 062134

LOT 190618 1
EXP 03 2022
PPV 28.00
128,00



Nom **Touria Benhayoun**
N° patient **A.77.90**

Date de naiss... 01.01.1940
Sexe Féminin
Taille 148 cm
Poids 65 kg
Ethnique Non défini
Pacemaker Inconnu

N° visite
Chambre
Traitement
N° requête
Émetteur de l...
Prot. reçu

Indication
Remarque β11100 = 161/65 Méd. réf.
Méd. traitant

$$\rho_{\text{air}}/\rho_{\text{BD}} = 161/65$$

15.09.2020 10:02:01
ECG de repos

FC 72 bpm

834 ms
113 ms
135 ms
87 ms
413 ms
452 ms

Rythme sinusal
Axe électrique normal
Anomalie T non spécifique
ECG probablement normal

Rapport non confirmé

25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz

ECG strip showing a regular rhythm with a rate of approximately 100 bpm. The strip includes a scale bar (25 mm/s, 10 mm/mV) and a label (EPB 25 Hz AC).

AT-102 G2 1.0.1 (1080.001145)

Imprimé sur 15.09.2020 10:02:13

FPB 25 Hz, AC 50Hz