

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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

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° M20- 0008764

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société : 57596

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN HAYOUNE Touria

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/05/2019

Nom et prénom du malade : BEN HAYOUNE Touria 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° M20-08764

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
D 00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0015425			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0015425

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent														
Nom & Prénom																	
Fonction	Phones																
Mail																	
MEDECIN	Prénom du patient <i>Touia Beuhayane</i>																
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>79</i>	Date <i>30-11-2020</i>															
Nature de la maladie <i>hypertension - 19</i>		Date 1ère visite <i>2/12/2020</i>															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>7 CS - 5</i></td> <td><i>CN</i></td> <td><i>1000 dh</i></td> </tr> <tr> <td><i>Amélioré</i></td> <td><i>G</i></td> <td><i>6</i></td> </tr> </tbody> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<i>7 CS - 5</i>	<i>CN</i>	<i>1000 dh</i>	<i>Amélioré</i>	<i>G</i>	<i>6</i>					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
<i>7 CS - 5</i>	<i>CN</i>	<i>1000 dh</i>															
<i>Amélioré</i>	<i>G</i>	<i>6</i>															
PHARMACIE	Date <i>02.12.20</i>																
Montant de la facture <i>247,30</i>																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <i>30/11/20</i>															
Désignation des Coefficients <i>B500AP2</i>	Montant détaillé des Honoraires <i>600 DH</i>																
<i>TDP / Prothèse</i>		<i>+ 1.300,00</i>															
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV							
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														

Dr JAMAL MORSE BARAKAT

- Diabétologie: D.U de Montpellier
- Echographie Générale C.U de Paris
- Medecin Assermenté
- Ex. Medecin au Service
- D'anesthésie - Réanimation (CHU Ibn Rochd)

الدكتور جمال مرسي بركات

- أمراض السكري : دبلوم جامعي من منبولى
- الفحص بالصدى الصوتي: شهادة جامعية من باريس
- طبيب محلف
- طبيب سابق بقسم الانعاش
- والمستعجلات الجراحية
- (المستشفى الجامعي ابن رشد)

Marrakech le : 02/12/2020 : مراكش في :

ICE:001711005000085

Dr. Barakat

29.70 x 2 A fix 10 12/12 15.80

Acerola 12/12

15.80 x 2 15.80 1-1

56.30 D une 10.00 12/12 247.30

15.80
PPV15DH80
PER 11/23
LOT J3217
S2

15.80
PPV15DH80
PER 11/23
LOT J3220
S2

PPV:79DH70
PER:10/23
LOT:J3041

PPV:79DH70
PER:10/23
LOT:J3041

06 61 24 21 37 المحمول 12 ش 460 (امام مسجد المسيرة) - مراكش

Massira 1 ID Résidence OMARI 460 N° 12 (en face mosquée el massira) Marrakech- Gsm: 06 61 24 21 37

4 ampoules buvables

D-CURE[®] AMPOULE

Cholécalficérol 25 000 UI
Vitamine D3



Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP/ 21/NNP.



Composition:

Cholécalficérol 25 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mise en garde spéciales :
Lire attentivement la notice avant utilisation.

بواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :
إقرأ النشرة جيداً قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبوته الأصلية بعيداً عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 25° درجة.

- يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

4 أمبولات للشرب

د-كير[®] أمبولات

كوليالكالسيفيرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Ergo Maroc

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Cabinet ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

Docteur LALAMI Bouchra
Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire, Tuberculose
Maladies Allergique (Asthme)
Syndrome d'apnées du sommeil
Diplômée de Pneumologie à la Faculté
de Médecine de Reims (France)
Diplômée d'Allergologie à Reims
Diplômée d'Allergologie Professionnelle à Paris
Ex Médecin Attachée du C.H.U de Reims

الدكتورة العلمي بشرى
إختصاصية في الصدر
الجهاز التنفسي (داء السل)
أمراض الحساسية (الضيق)
أمراض التنفس أثناء النوم
دبلوم في الجهاز التنفسي
ودبلوم في أمراض الحساسية
بكلية رانس (فرنسا)
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي رانس

3 / 12 / 2020

Benhayane Daima

- NFR

- CRX

- D dimères

BIOMEDICAL LABORATORY
LABORATOIRE BIOMÉDICAL
580C Al Massara - Marrakech
Tel: 05 24 34 98 79 Fax: 05 24 40 44 30

Dr. B. LALAMI
Pneumologue
Diplômée de la Faculté de Reims
55 Bd Zerktouni, Guéliz - Marrakech
Tel: 05 24 43 23 20

الدكتور جمال مرسى بركات

- امراض السكري : دبلوم جامعي من منبولي
-الفحص بالصدى الصوتي: شهادة جامعية من باريس
-طبيب محلف
-طبيب سابق بقسم الانعاش
والمستعجلات الجراحية
(المستشفى الجامعي ابن رشد)

ICE:001711005000085

Ben Kayne Davis

James Tom Pummigro

A handwritten signature in blue ink is written over a red circular stamp. The stamp contains the text "الطبيب" (The Doctor) and "مستشفى" (Hospital) in Arabic, along with some numbers and dates. The signature is stylized and appears to be the name of the doctor.

Massira 1 ID Résidence OMARI 460 N° 12 (en face mosquée el massira) Marrakech- Gsm: 06 61 24 21 37

CENTRE DE RADIOLOGIE
ESSALAM



مركز التشخيص الطبي بالأشعة
السلام

21/01/2021

FACTURE N° : 49/2021

NOM ET PRENOM :

BENHAYOUNE TOURIA

REF. DOSSIER :

505/2021

EXAMENS :

TDM THORACIQUE

DATE CONSULT :

02/12/2020

TOTAL PAYE :

1 300,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE TROIS CENT DH

ICE:001971852000095 RC:87705 IF:25208263 CNSS:5882180

**CENTRE DE RADIOLOGIE
ESSALAM**
Route de Casa, Lot Yasmine
Marrakech

Dr Ghita SEBTI

Médecin Spécialiste en Radiologie

الدكتورة غيثة السبتي
اختصاصية في التشخيص بالأشعة

Marrakech, le : 02/12/2020

Nom et Prénom : BENHAYOUNE TOURIA
Age : 79 ans

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE D'EXAMEN :

Acquisition hélicoïdale par coupes millimétriques sans injection de contraste iodé.

RESULTAT :

- Multiples opacités en verre dépoli bilatérales de distribution centrales et périphériques prédominantes au niveau des segments postérieurs.
- L'étendu de l'atteinte est estimé à 10% du parenchyme pulmonaire.
- Adénomégalias médiastinales ovalaires, à hiles conservés visibles au niveau de la loge de Barety siège d'une calcification (11 mm de petit axe), la fenêtre inter aortico pulmonaire et en sous carinaire.
- Adénomégalias axillaires bilatérales de taille infra centimétriques.
- Dilatation de la crosse de l'aorte mesurant 32 mm de diamètre, siège de calcification pariétales.
- Dilatation des cavités ventriculaires.
- Absence d'épanchement pleuropéricardique.
- **Sur les fenêtres osseuses :** Absence de lésion osseuse d'allure suspecte.

CONCLUSION :

Aspect scannographique en faveur d'une pneumopathie virale type Covid 19 avec une atteinte minime estimée à 10 %, vu le contexte épidémiologique, à confronter au reste du bilan.

Cardiomégalie.

Dr. GHITA SEBTI
Médecin Radiologue
CENTRE DE RADIOLOGIE ESSALAM

Merci de votre confiance.