

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 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° W21-645994

109102

C.A

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8378 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHATJI RAJA

Date de naissance : 14-4-62

Adresse : Elteur 5, Residence Inceur Rubic, 1000

APT 8 Hay Riad RABAT

Tél. : 0663721704 Total des frais engagés : 125 Euro Dht

Cadre réservé au Médecin

DELARUE Dr PIERRON
Maladies de l'appareil digestif
Centre Médical de La Treille
28, rue Albert Schweitzer
18100 CHATEAUBERNARD
N° ADEL 181700265
SIRET 430 082 382 00016

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/2/22

Nom et prénom du malade : Raja ELHATJI Age : 59 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Refus gastro-oesophagien

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 :

Signature de l'adhérent(e) : ER Le : 22/02/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-645994

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
22/2/22	ME8E002	125	125	DELARU du Dr PIERRON Maladies de l'appareil digestif Centre Médical de La Tréille 25, rue Albert Schweitzer 18100 CHATEAUBERNARD N° ADEL 18 1 70026 5 SIRET 435 092 392 00016

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

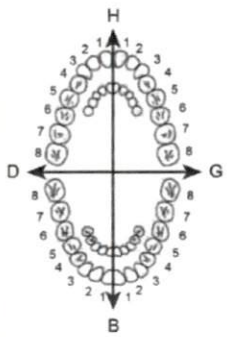
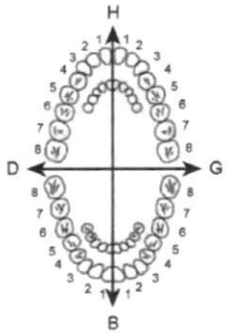
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Antoine PIERRON

Spécialiste Qualifié
des maladies de l'Appareil Digestif

Membre de la Société Nationale Française de Gastrentérologie
et de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Endoscopie diagnostique et thérapeutique
Hépatologie
Proctologie Médicale

Centre Médical de la Treille
28, Rue Albert Schweitzer
16100 CHATEAUBERNARD
Tél. 05 45 82 80 60
Fax 05 45 36 48 66

sur rendez - vous

COGNAC, le 22.02.2022

Madame Rajaa ELHAJJI

Né(e) le 14.04.1962

FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

INDICATIONS

- Manifestations de RGO récurrentes depuis Septembre 2021 mais discontinues et sans horaire fixe.
- Fibro+colo au Maroc en Avril 2021 : colo normale (diagnostic de SII) ; fibro normale mais biopsies HP + d'où traitement d'éradication donné (test respiratoire négatif en Décembre 2021).
- Echographie normale le 25/01/2022 ; patiente actuellement sous **ESOMEPRAZOLE 40** le matin.

TECHNIQUE

- Anesthésie locale Xylocaïne Spray et Visqueuse.
- Vidéo gastroscope FUJI EG 250 WR 5 (n° G202A116) décontaminé selon recommandations de la SFED.
- Examen réalisé sans sédation avec une bonne tolérance.

COMPTE-RENDU

- **DUODENUM** : le bulbe et le 2^{ème} duodénum sont normaux ; pas d'ulcère ni d'érosion.
- **ESTOMAC** : normal dans sa totalité sans érosion ni ulcération ; la rétrovision est normale.
- **CARDIA** : en place à 40 cm et normotonique ; pas de hernie hiatale.
- **OESOPHAGE** : normal dans sa totalité sans inflammation ni tumeur.

CONCLUSION

EXAMEN MACROSCOPIQUEMENT NORMAL.

TERMINER ESOMEPRAZOLE 40 PUIS PASSER A ESOMEPRAZOLE 20 EN CONTINU.

CONSERVER METEOSPASYL POUR LE SII.

Compte rendu transmis au *médecin traitant au Maroc.*

