

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0034419

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 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 :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0034419

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14/0015426	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		Cachet MUPRAS	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14/0015426

DATE DE DEPOT
...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom.....			
Fonction.....	Phones.....		
Mail.....			
MEDICIN	Prénom du patient <u>BENHAYOUN TOURIA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>24</u>	Date <u>04 OCT. 2022</u>	
Nature de la maladie	<u>Bienfaits de la denture + Affection Jodex</u> Date 1ère visite.....		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<u>Jeunes parents + 20 ans</u>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C.S.</u> <u>2A0</u> <u>K20</u>	<u>C.S.</u> <u>210</u> <u>K20</u>	<u>200,00</u> <u>200,00</u> <u>200,00</u>	
PHARMACIE		Date <u>01/10/22</u>	Signature et Cachet de la Pharmacie
Montant de la facture		<u>445,80</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date.....	Cachet
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date.....	Cachet
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Docteur Bouazza Tounsaoui

Spécialiste des maladies du Poumon

Asthme - Tuberculose - Allergie

Ex Medcin chef de l'hopital Errazi

et du CDTMR Riad Mokha



الدكتور بوعزة تونسواوي

اختصاصي في امراض الصدر
الربو (الضيق) - داء السل - الحساسية
طبيب رئيسي سابق لمستشفى الرازي
ولمركز تشخيص داء السل
وأفراض الصدر برياض الموكي

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 248,00 DH

ID: 649095
6 118001 141104

Marrakech le :

04 OCT. 2022

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

32,60

LOT N°: 9956
EXP: 12/2022
PPV: 102DH00

M. BENHAYOUN Tounsaoui

- zyrtec 10 mg
63,20 1 cp le jour

- Sereptide 250/50 A/c
24800 1 cp x 2 fois / jour

- Inositol 2mg 1 cp 2 fois
Muxol 100 mg 1 cp x 2 fois / jour

04 OCT. 2022
3260

445,80

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumo-Phisiologue

Av. Allal El Fassi Lotissement "S"
Imm. 16 N° 5 Daoudiate
Marrakech - Tel 05 24 30 73 71

صيدلية المصحة
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBACH A.
N° 100 Av. Palest
Tel: 05 24

05 24 30 73 71 : الهاتف - مراكش - 5 - الرقم 16 العمارة (س) السكنية

Avenue Allal Fassi Daoudiate Lotissement "S" Imm. 16 N° 5 - Ma

63,20



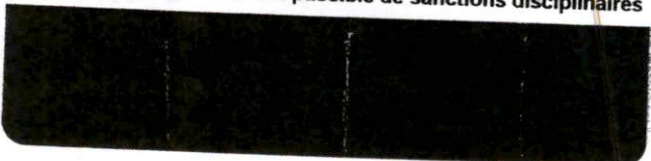
CARTE DE VEUVE

BEN HAYOUN TOURIA
Vve BERRADA EL AZIZI KACE

Matricule : Vve00429



Cette carte est strictement personnelle et non cessible
Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires



Dr Bouazza TOUNSAOUI

Spécialiste des maladies du poumon
Tél. : 05.24.30.73.71

Marrakech :

04 OCT. 2022

NOM **BENHAYOUN**

Prénom **TOURIA**

Age **88 ans**

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumophtisiologue
Av. Allal El Fassi Lotissement "س" 16 N° 5 Daoudiate
Marrakech - Tel. 05 24 30 73 71

FACTURE

DATE	DESIGNATION	MONTANT
04 OCT. 2022	CONSULTATION SPECIALISE	200.00
	TESTE CUTANES ALLERGOLOGIQUE	200.00
	RADIO PULMONAIRE DE FACE	200.00
SIX CENT DIRHAMS		

ICE 001645687000017

Arrêté la présente à la somme 600.00 Dirhams

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumophtisiologue
Av. Allal El Fassi Lotissement "س" 16 N° 5 Daoudiate
Marrakech - Tel. 05 24 30 73 71

04 OCT. 2022



medical
equipment
europe

Docteur Bouazza Tounssaoui

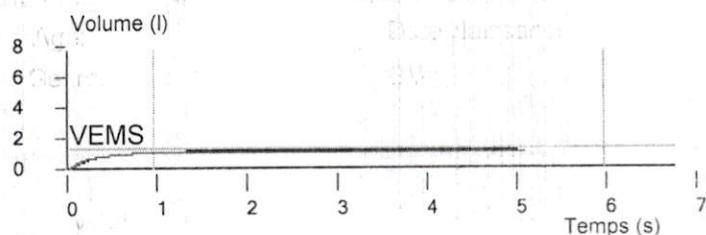
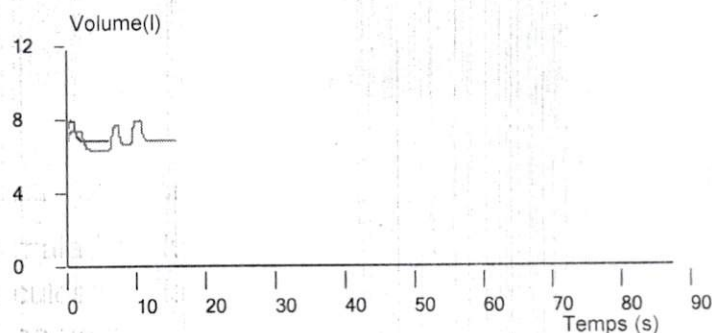
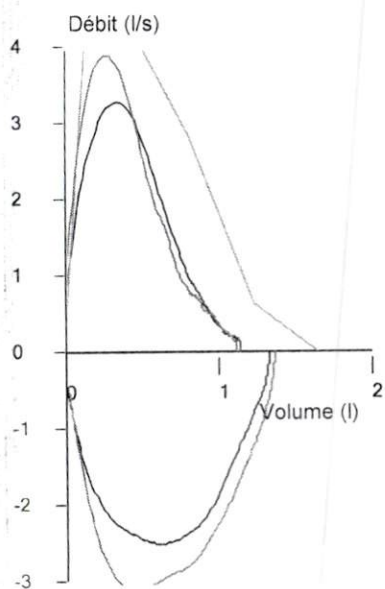
Spécialiste des maladies du poumon
Asthme - Tuberculose - Allergie - E.F.R
Tel / Fax. 0524 30.73.71

Nom : Touria BENHAYOUN
ID: TouBEN01011940

Taille: 151 cm Age: 82 Ans
Poids: 66 kg Genre: Féminin

Date Naissance: 01/01/1940
BMI: 28,9 kg/m²

Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	1,62	1,35	83	1,38	85	2	
CI	l	1,74	1,21	70	1,21	70	0	
VC	l		1,16		1,17		1	
VRE	l	0,42	0,19	46	0,17	41	-11	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	1,31	1,10	84	1,10	83	0	
CVFex	l	1,67	1,16	69	1,13	68	-3	
VEMS/CVF	%	74	95		97		2	
DEP	l/s	4,74	3,27	69	3,89	82	19	
DEM25	l/s	0,65	0,84	131	0,74	115	-12	
DEM50	l/s	2,81	2,44	87	2,21	79	-9	
DEM75	l/s	4,41	3,19	72	3,89	88	22	
DEM 25-75	l/s	2,02	1,92	95	1,75	87	-9	
tex	s		2,4		2,4		0	

Commentaire:

ETX Syndrome obstructif/poudre persistante

Date: 04/10/2022
Temps: 13:53

Température ambiante: 29 °C
Pression ambiante: 1023 hPa
Humidité ambiante: 20 %

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumophysiologue
Technicien Fassi Lotissement «س»
Imm. 16 N° 5 Daoudiate
Marrakech - Tel 05 24 30 73 71

04 OCT. 2022