

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 signé 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (06) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

MUPRAS

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

DECLARATION DE MALADIE

N° W19-504795

13886
N

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 2568

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOURAD

Rafael

Date de naissance :

18-05-1955

Adresse :

Mazgolo Hay Houssein

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Mousse Benou Noussair
1er Etage - Casablanca
Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60

Date de consultation :

Mourad Rafael

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

plaqué moustiquaire corone

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/02/2023	Secu.		350,00	INP : INPE : 091143873 Dr Ghita BENHAYOUN Cardiologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 06 66 Montant de la Facture
PHARMACIE MENJRA SARL RENJRA SNC Bd. 1er Novembre Assan - Castelnau	08/02/23	252,10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 canalique, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			MONTANTS DES SOINS												
			DEBUT D'EXECUTION												
			FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE 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 والشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V



Casablanca, Le : 08/02/2023

M^{me} Mourad Dajae

الصيدلانية
Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
16, Angle Blvd. Ibnou Sinaâ Rue 4
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 09 22 80 59 95

مدة 3 مths

1) Anisinit

1 - 2 - 1

95,00

2)

Extrémal

37,00

37,00x2

1 - 0 - = 37,00

3)

Biproprid

27,70x3

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiopole
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
1er Etage - Casablanca
Tél. : 0522 26 01 50 - GSM : 061 43 05 60

4) Cardiospirite

0 - 1 - 0

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
Barcode: 6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

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@yahoo.fr

252,10

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° du lot :
PPC = 95,00 DHS

04/2022
04/2025
0222034

V002-01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : MORAD RAJAIN : 0008215

Sex : Female Case No. :

Age : 68Y Lit No. :

Clinique N : Date : 08/02/2023

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	160 ms
Temps d'écha	14s	QT Interval:	416 ms
FC:	63bpm	QTc Intervâl:	426 ms
P Interval:	110ms	P Axis:	34.20°Cb
QRS Interval:	84 ms	QRS Axis:	5.30°Cb
T Interval:	196 ms	T Axis:	57.70°Cb

Prompt:

R2Ra' 63y.

Axe sans gène HBAE

pas de ST
de dépolarisation

Signature Médecin:

Dr Ghita Ben Hayoun
82, Rue Elouissa - Casablanca
Tel: 0522 26 02 50 - GSM: 066 43 05 60

ECG

