

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 429 Société : RAM RD 182563

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Benhayoun Touria

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 : Benhayoun Touria 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] :

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			
 DROITE 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 HAUT 23, 24, 25, 26, 27, 28 BAS 38, 37, 36, 35, 34, 33 48, 47, 46, 45, 44, 43 42, 41, 31, 32, 33					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution		
 DROITE 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 HAUT 23, 24, 25, 26, 27, 28 BAS 38, 37, 36, 35, 34, 33 48, 47, 46, 45, 44, 43 42, 41, 31, 32, 33		H	G	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	Nature des actes ECG	Nbre de Coefficient K4,5	Montant détaillé des honoraires 300,00
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			 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
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							



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

P 14/0015426

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	Benhayetne Touria	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 08.11.2023	
Nature de la maladie		Hypertension Artérielle	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
ECG		K4,5	300,00
PHARMACIE	Date 8/11/23		
Montant de la facture 562,60			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr. Abdeljalil BAROUDI
Cardiologue
Rue Mauritanie, Marrakech
Tel. 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 88

Signature DR. ABDELJALIL BAROUDI
PHARMACIE MOHAMMADIA
N° 100 AV. Palestine - Marrakech
Tél. 05 24 30 23 18

الدكتور عبد الجليل البارودي

الاختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرايين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp: 06 66 41 66 16

INPE : 071048284

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

Marrakech le 08.11.2023

Mme Touria BENHAYOUN

Conseils et recommandations : régime peu salé.

ZANIDIP 10

un comp le matin avant le petit déjeuner.

COVERSYL 5

un comp le matin avant le petit déjeuner

STATICOL 20

un comp le soir.

KARDEGIC 75

un sachet à midi.

DIAMICRON 30

~~un~~ comp le matin avec le petit déjeuner

METFORMINE 1000

un matin, midi et soir

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans quatre mois.

D-CURE : 25 000 u

une ampoule buvable par mois sans interruption.

Dr.Abdeljalil BAROUDI
Cardiologue

Rue Mauritanie - Marrakech
Tél : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83

ICE : 001590568000056

زنقة موريطانيا - جليز مراكش - 40 000 Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech - 40 000

زنبل بز

®

١٠ ملخ

كلورهيدرات ليركانيديبين



28

قرصا ملسا قابلا للكسر
عن طريق الفم

LOT

223650

EXP

10 2025

PPV

97.20



زنبل بز

®

١٠ ملخ

كلورهيدرات ليركانيديبين



28

قرصا ملسا قابلا للكسر
عن طريق الفم

LOT

223650

EXP

10 2025

PPV

97.20



COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



SERVIER

92.50

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



SERVIER

92.50

Date de naiss... 01.01.1941
Âge 82Y
Sexe Féminin
Ethnique Non défini
Taille 148 cm
Poids 63 kg

N° visite
Chambre
N° requête
Émetteur de...
Méd. réf.
N° appareil AT 102 G

FC 69 bpm RR
P
PR
Axe P 47° QRS
Axe QRS 55° QT
Axe T 91° QTcB

73 ms	Rythme sinusal
11 ms	Axe électrique normal
36 ms	Anomalie T non spécifique
92 ms	ECG probablement normal
05 ms	
33 ms	Rapport non confirmé

Traitement Remarque

PA-126143-

Issue stock - for D. a. m. l. s.

