

# 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.

## Diologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 056854

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société : 43317

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAYOUN Tauria

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0524 303836 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 :

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° P19-056854

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 :



## Conditions Générales

### POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z = Electro - Radiologie
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B = Analyses
K = Actes de chirurgie et de spécialistes	

### POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

### LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                  | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU            | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                  |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                     | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit       | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons   | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                |                                   |

### EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 28  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.r

FEUILLE DE SOINS 637935

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Benhayoun Touria  
Matricule : 429 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : 0524303896 Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Benhayoun Touria Age 19 41  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : Hypertension Artérielle  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A Marrakech le 15 / 09 / 2020 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois


### VOLET ADHERENT

DECLARATION 637935  
Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_






## 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
15/09/20	C826.5 ECC		300,50	 Dr. El Baroudi Tél: 05 24 43 60 60

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie El Baroudi Tél: 05 24 43 60 60	15/09/20	10 11,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

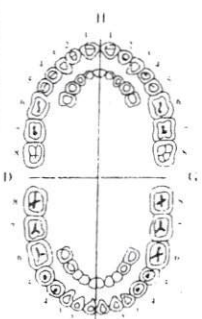
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : 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 <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANT DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرابين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

☎ 05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Fax : 05 24 43.89.26

GSM : 06 66 41 66 16

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

Marrakech le 15.09.2020

N° A.77.90

Mme Touria BERRADA née BENHAYOUN

Conseils et recommandations : régime peu salé.

ZANIDIP 10 (lecardepine)

un comp le matin avant le petit déjeuner

STATICOL 20 (simvastatine)

un comp le soir

KARDEGIC 75 (aspirine)

un sachet à midi

GLUCOPHAGE 850 (mitformine)

un comp matin et soir avec les repas

DIAMICRON 30

un comp le matin avant le petit déjeuner

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

ADDITIVA MULTIVITAMINE

un par jour

VAXIGRIP

N1

N1

زقة موريطنيا - جليز مراكش - 40 000 - Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech

صيدلية المتحمية  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mme DEBBAGH A.  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
Tél : 05 24 30 28 78

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI  
Cardiologue  
Rue Mauritania - Marrakech  
Tél : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83

LOT : 19E002  
PER: 01 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 19E003  
PER: 04 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E010  
PER: 11 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 19E005  
PER: 04 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E006  
PER: 01 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10



6 118000 062134

LOT : 20E006  
PER: 01 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10



6 118000 062134

LOT : 19E001  
PER: 10 2022  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10



6 118000 062134

LOT : 20E006  
PER: 01 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10



6 118000 062134

LOT 190618 1  
EXP 06 2022  
PPV 128.00  
128,00

058320 0623  
PPV 91DH00  
91,00

058320 0623  
PPV 91DH00  
91,00

**ZANIDIP®**  
Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 181491 3  
EXP 06 2021  
PPV 71.30 DH



72.00 DH  
06.2022  
L 2900534  
6 026666 007007

LOT 190618 1  
EXP 06 2022  
PPV 128.00  
128,00

54,80

LOT 192334 1  
EXP 10 2022  
PPV 128.00  
128,00



Nom **Touria Benhayoun**  
N° patient **A.77.90**

Date de naiss... **01.01.1940**  
Sexe **Féminin**  
Taille **148 cm**  
Poids **65 kg**  
Ethnique **Non défini**  
Pacemaker **Inconnu**

N° visite  
Chambre  
Traitement  
N° requête  
Émetteur de l...  
Prot. requ.

15.09.2020 10:02:01  
ECG de repos

FC **72 bpm**  
RR **834 ms**  
P **113 ms**  
PR **135 ms**  
Axe P **27°**  
Axe QRS **47°**  
Axe T **83°**  
QRS **87 ms**  
QT **413 ms**  
QTcB **452 ms**

Rythme sinusal  
Axe électrique normal  
Anomalie T non spécifique  
ECG probablement normal

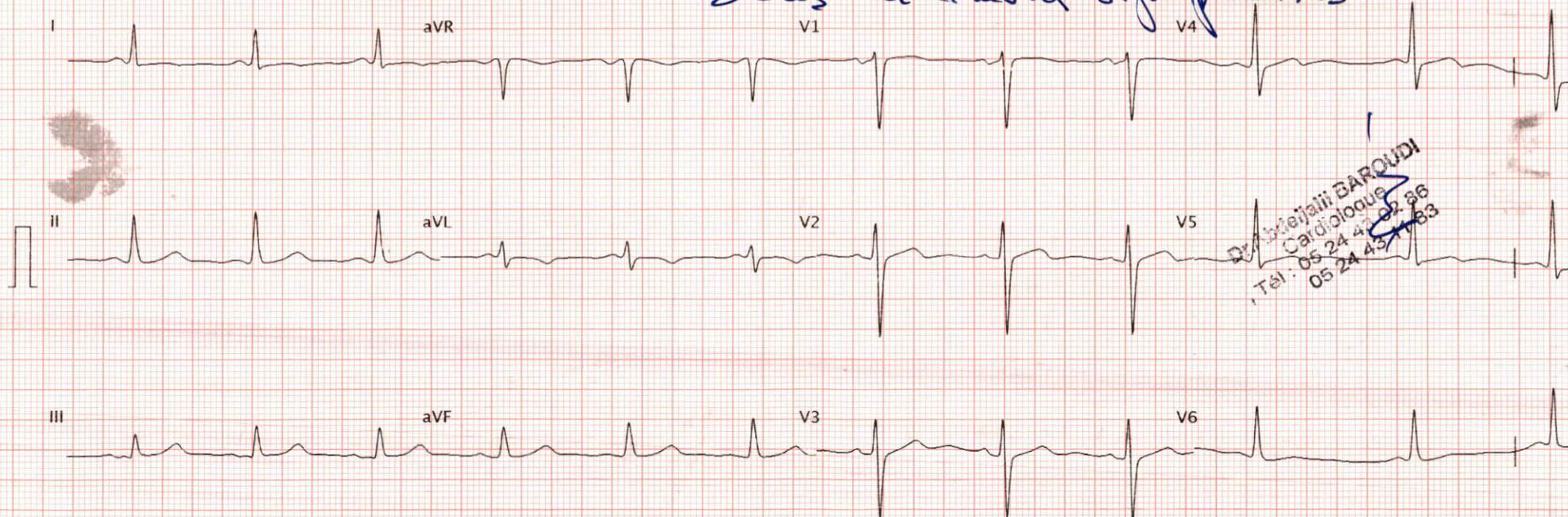
Rapport non confirmé

Indication  
Remarque

*PM/MD = 161/65*

Méd. réf.  
Méd. traitant

*Donc un rythme sinusal - stable  
Sans anomalie significative -*



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz



25 mm/s, 10 mm/mV

FPB 25 Hz, AC 50Hz