

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0006319

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7067 Société : 61087

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RADI ABDELILAH

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 :

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) :

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
à exécuter en plusieurs échelonnées  
sur une période de temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS

0549676

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RAH ABDELILAH  
Matricule : 7647 Fonction : REP LOM Poste :  
Adresse :  
Tél. : 06 966 55235 5664 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TEBANI ABDELILAH Age 26 08 62  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : HTA  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A 06 966 55235 5664 le 18 / 02 / 21  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin  
[Signature]  
[Cachet: BENNANI Said, Médecin Généraliste, 28/06]

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

0549676

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                                                                                                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17/02/21        | C                 | 1                     | 15300                           | Docteur BENNAÏCHE<br>MEDECINE GENERALE<br>Quartier Essadja Bd. Chorala<br>N°15 EL Alia<br>Mohamadia Tél: 77 10 06<br>ICE : 0020589030000020<br>INP : 091023809 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
|                                        | 17/02/21 | 22630                 |

## 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES               | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             | MONTANT DES SOINS       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
| H                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 25533412                      | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| D                             | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 35533411                      | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| B                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             | MONTANT DES SOINS       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur BENNANI Saïd

Médecine Générale

Echographie Clinique

Diplômé de l'Université de Montpellier

Visite médicale pour Permis de Conduire

Expert Assermenté près des tribunaux

Essaâda 1 - Bd. Chorafa

N° 18 - El Alia - Mohammedia

Tél.: 05 23 28 10 06

Urgences: 0661 52 40 53



# الدكتور بناني سعيد

الطب العام

الفحص بالصدى

بكلية الطب بمونبولي

الفحص الطبي لرخصة السياقة

خبير محلف لدى المحاكم

السعادة 1 شارع الشرفاء

رقم 18 العالية - الحمدية

الهاتف: 05 23 28 10 06

المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le: ١٨/٠٤/٢٠٢١ الحمدية في

MR RADI ABDELILAN

sectuel 200 n°6

0-0-1

37,80 x 6

22680



Docteur BENNANI Saïd  
MEDECINE GENERALE  
Quartier Essaâda 1 Bd. Chorafa  
N°18 EL Alia  
Mohammedia Tél: 05 23 28 10 06







Acébutolol

comprimés pelliculés



1. qu'est-ce que SECTRAL 200 mg, comprimé pelliculé et dans quels

Classe pharmacothérapeutique

appartient à la famille des bêta-b

Indications thérapeutiques

Ces médicaments sont utilisés pour diminuer la tension artérielle et

traiter certaines maladies du cœur.

Le tableau ci-dessous résume les résultats de la recherche.

desse, mais, en fait, les deux sont liés. Les deux sont liés.

l'angine de poitrine (angor) est responsable de l'apparition d'une

doulleur localisée dans la poitrine qui peut irradier vers l'épaule gauche

et la machoire, • après une crise cardiaque (infarctus du myocarde).

2. quelles sont les informations à connaître avant de prendre

SECTRAL 200 mg, comprimé pelliculé

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

informations importantes concernant certains composants de

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres

contactez-le avant de prendre ce médicament.

### Contre-indications

Ne prenez jamais SECTRAL 200 mg, comprimé pelliculé dans les cas

**sujets :** Si vous êtes allergique à la substance active (l'acébutolol), ou

aux autres médicaments de la même famille (bêta-bloquants), ou à l'un

des autres composants contenus dans ce site, vous pouvez consulter la liste de ces liens qui renvoient vers des pages d'Internet différentes.

composants (cf. informations supplémentaires).

[illegible]

obstructive). • Si votre cœur fonctionne mal (insuffisance cardiaque)

malgré l'utilisation d'un traitement • Si vous avez une déficience grave





*Acébutolol*

comprimés pelliculés



1. qu'est-ce que SECTRAL 200 mg, comprimé pelliculé et dans quels

Classe pharmacothérapeutique

appartient à la famille des bêta-b

### Indications thérapeutiques

traiter certaines maladies du

Ce médicament est utilisé : • pour diminuer la tension artérielle, • pour

- traiter certains troubles du rythme cardiaque, • pour prévenir les crises

douloureuses d'angine de poitrine qui surviennent lors d'un effort.

l'angine de poitrine (angor) est responsable de l'apparition d'une

doulleur localisée dans la poitrine qui peut irradier vers l'épaule gauche

et la mâchoire, • après une crise cardiaque (infarctus du myocarde).

2. quelles sont les informations à connaître avant de prendre

SECTRAL 200 mg, comprimé pelliculé 7

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Informations importantes concernant certains composants de

SECTRAL 200 mg, comprimé pelliculé ;

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres

... (b) ...

Contra-indications

Contre-indications

ne prenez jamais 300 mg, comprimés percussés dans les cas

[illegible]

aux autres médicaments de la même famille (bêta-bloquants), ou à l'un

des autres composants contenus dans ce fichier. Vous trouverez la liste des

composants (cf. Informations supplémentaires).

- Si vous êtes asthmatique ou si vous avez un encombrement sévère des

bronches et des poumons (bronchopneumopathie chronique

obstructive). • Si votre cœur fonctionne mal (insuffisance cardiaque)

