

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.

M22- 0034419

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1429

Société :

par courrier

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) : .....

**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 : .....

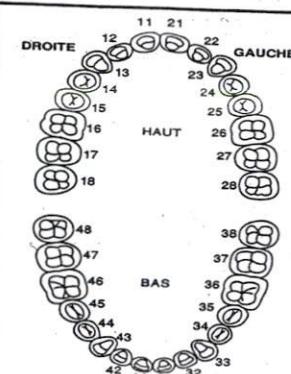
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

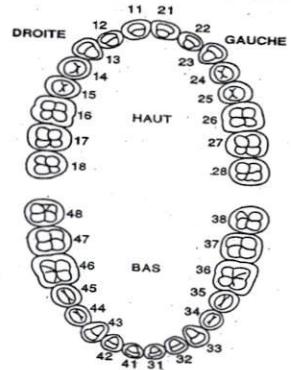
**Coefficient des travaux**

**Montant des soins**

**Début d'exécution**

**Fin d'exécution**

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	12	21	GAUCHE	H
	13	22		
	14	23		
	15	24		
	16	25		
	17	26		
	18	27		
	19	28		
	20			
	21			
	22			
	23			
	24			
	25			
	26			
	27			
	28			
	29			
	30			
	31			
	32			
	33			

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

P 14/0015426



Mle

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

Cachet  
MUPRAS

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

P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

/...../201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

Signature de  
Praticien

MEDECIN

Prénom du patient **BEN HAYOUN TOURIA**

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age **28** Date **04 OCT. 2022**

Nature de la maladie

*Rhinolaryngologique*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

*jeunes patient + RH sin.*

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C.S.  
ZAO  
KLO

C.S.  
ZAO  
KLO

200,00  
200,00  
200,00

PHARMACIE

Date **11/10/22**

Montant de la facture

**111,80**

*DR. BOUZZA TOUSSAOUT  
Pneumoprotéologue  
Allal El Fassi - Casablanca  
Imm. 16 INSTITUT DAOUADIATE  
05 24 70 73*

*Signature  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
100 Av. Palestine - Marrakech  
tel: 05 24 30 28 78*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

## 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 تونساوي

الحسام - داء السل (الضيق) - الربو اختصاصي في أمراض الصدر

طبيب رئيسي سابق لمستشفى الرازي  
ولمركز تشخيص داء السلس  
وأمراض الصدر ببريات الموخى

ID:649095 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:248,00 DH  
6 118001 141104

Marrakech le : 04 OCT. 2022

Mr. BEN HAYOUN Tamk

- ~~zyxtec 100~~  
63,20 191 le son

~~SECRET~~ Tige 250/50 H's  
in 800 → *Lefkai* x *afric* / *fori*

Treatment Done 1st of Jan  
— Muxol IV of Dr. Bouazzaz  
Ca supra X2fet

Pneumophtisiologue  
Av. Allal EL Fassi Lotissement "Lw"  
Imm. 16 N° 5 Daouidate  
Marrakech - Tel 05 24 30 77

صيغة اصلية  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mr DEBBACHE A.  
Palestine

العمران السكنية (س) - Tel 052 / N° 100 Av. Pasteur

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

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

100

63,20



CARTE DE VEUVE

BEN HAYOUN TOURIA  
Vve BERRADA EL AZIZI KACE

Matricule : Vve00429



الملكية المغربية  
royal air maroc



**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 86 ans

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

FACTURE

DATE	DESIGNATION	MONTANT
<i>04 OCT. 2022</i>	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  
Imm. 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

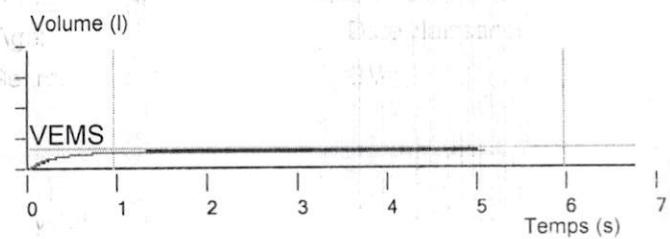
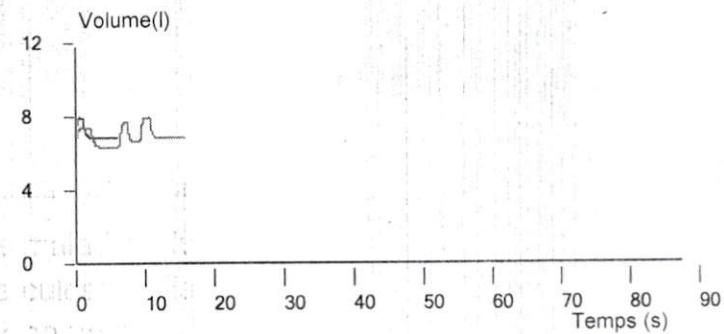
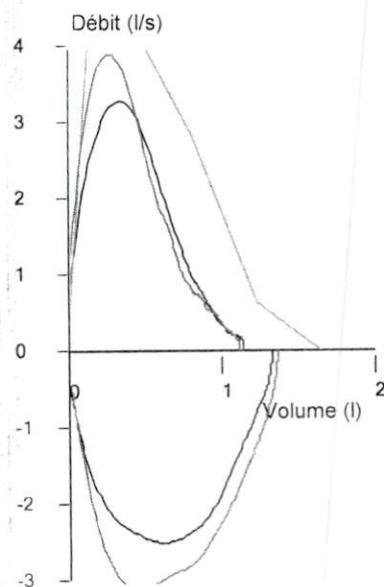
Nom : **Touria BENHAYOUN**  
ID: **TouBEN01011940**

Taille: 151 cm Age: 82 Ans Date Naissance: 01/01/19

Poids: 66 kg Genre: Féminin

BMI: 28,9 kg/m<sup>2</sup>

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:

*EFR Symptôme asthmatique modérément résistant*

*Dr. Bouazza TOUNSAOUI  
Pneumophtisiologue  
Av. Mohamed Fassi Louttsen « L »  
Im. 16 N° 5 Daoudiata  
Rabat - Tel 05 21 30 73 71*

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

Température ambiante:  
Pression ambiante:  
Humidité ambiante :

29 °C

1023 hPa

20 %

04 OCT. 2022