

# 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 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](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 Anal Ben Abdoullah - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohammed V et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

Déclaration de Maladie

N° W19-504795

153886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2568 Société : R. A. M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraitée

Nom & Prénom : MOURAD Rajah

Date de naissance : 18-08-1955

Adresse : Mazale Hay Hassan

Tél : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Ghita BENHAYOUN**  
Cardiologue  
82, Rue Moussa Bnou Noussair  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MOURAD Rajah

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diapne musculocaltre 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.

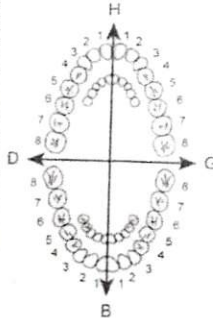
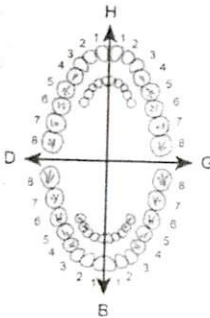
Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
<p>Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair.</p>					
<p>à compléter par le bilan de l'O.D.F.</p>					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>B</span> <span></span> </div> </td></tr></table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>B</span> <span></span> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>B</span> <span></span> </div>				

 COEFFICIENT DES TRAVAUX || **[Création, remont, adjonction]** Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS 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



**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 و الشرايين  
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II  
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Casablanca, Le : 08/02/2023

M<sup>re</sup> Koussair Rajae

صيدلية المنجرة  
Pharmacie MENJRA  
Dr. MENJRA Samir  
16, Angle 34. Ibnou Sinaâ Rue 4  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel : 05 22 69 69 95

Handwritten signature: *Handwritten signature*

1) Ansuvit

1 - 0 - 1

95.00

2) E2 tue ma

1 - 0 - 1

37.00 x 2

3) Buprolol

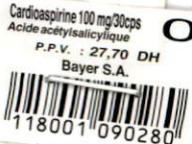
27.70 x 3

4) Cardiaspirine

0 - 1 - 0



37.00



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 • ghitaenhayoun@yahoo.fr

Handwritten: 252.10

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

04/2023  
04/2025  
0222034

V002-01/21

ETEXMAC030CP



3 760162 579741



Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : MORAD RAJAN : 0008215

Sex : Female Case No. :

Age : 68Y Lit No. :

Clinique N : Date : 08/02/2023

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 14s

FC: 63bpm

P Interval: 110ms

QRS Interval: 84 ms

T Interval: 196 ms

PR Interval: 160 ms

QT Interval: 416 ms

QTc Interval: 426 ms

P Axis: 34.20°b

QRS Axis: 5.30°b

T Axis: 57.70°b

Prompt:

PR 63b

Axe QRS que HBAE

pas de SL  
de repolarisation

Signature Medecin:

Dr Ghita BENHAYOUN  
82, Rue de la République - Noussair  
1er étage - Casablanca  
Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60

ECG

