

# 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

- Réclamation : 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.

M24- 0009417

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1519 Société : 205641

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El JAMAI AHMED

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : Rue Dr PADL Ainchak Casablanca

Tél. : 066652236 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) :



## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(réation, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSPY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
K = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
- PREVENTORIUM  
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
- globaux comportant un ou plusieurs échelons  
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPÉDIE  
- LA REEDUCATION  
- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## 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 : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 013542

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....

Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ..... Age .....  
*El. D. El. Ahmed*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : .....

Nature de la maladie : .....

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : .....

A ..... le .....  
*01/02/2004*

Durée d'utilisation 3 mois

*Dr. B. D. SOUAMI  
Professeur de Cardiologie  
356 Rue Mostafa El Mani  
Tel. 022 22 12 12 22 26 13 36*

## VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 013542

Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé .....  
Nombre de pièces jointes : .....



## RELEVE 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
24/12/2024	Consultation	1.6	4.00	<p>Dr. Saad SOUFI professeur de Cardiologie 3<sup>e</sup> R. MOUATAZ EL MAANI ASAB 13 000322 10 13 25</p> <p>NP : 091130922</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/24	1531,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
D	
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table>	D	H	00000000	21433552	35533411	11433553	B	G	<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <b>MONTANT DES SOINS</b> <b>DATE DU DEVIS</b> <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
D	H									
00000000	21433552									
35533411	11433553									
B	G									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> <b>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</b>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

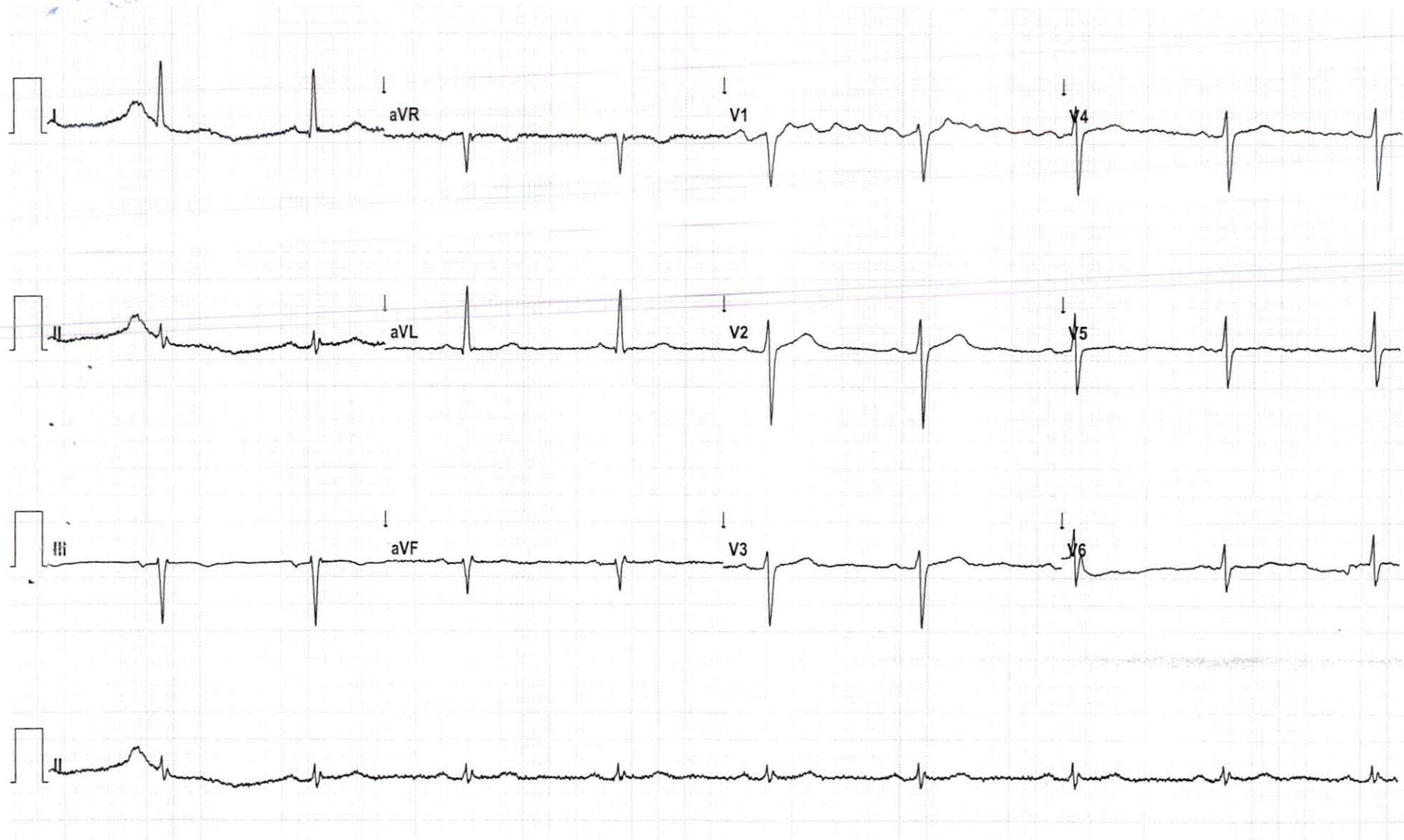
Last: EL JAMAI  
First: AHMED  
ID:  
DOB:  
Age:  
Sex:  
Professeur de Cardiologie  
314 Rue Mestata El Maâni  
ASABIANCA  
314  
12.12.2022 10:12:16

24-Feb-2024 09:05:14

Heart rate: 53 BPM  
R int: 211 ms  
QRS dur: 110 ms  
QT/QTc: 423 / 406 ms  
P-R-T axes: 30 -24 11

BRADYCARDIE SINUSALE AVEC BAV DU 1ER DEGRE  
DEVIATION MODEREE AXIALE GAUCHE DE QRS  
FAIBLE POSSIBILITE DE TRACE D'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE (HVG) OU ASPECT NORMAL  
DEVANT  
ECG ANORMAL  
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par \_\_\_\_\_



Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

إخلاصي في أمراض القلب والوعاء الدموي

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient :

Mr. P.L. MAE

Casablanca, le

24 FEV. 2024

Almes quatre (04) au

2X7200 Détensiel 16 ✓✓

4X9720 1/2 q. lester ✓✓  
2 AM Dipto ✓✓

4X14270 1 q. libur ✓✓  
Coversyl 10 ✓✓

5X27,70 1 q. le metix ✓✓  
Coldic 0 a opini 10 ✓✓

10 1 q. au TSV

Dr. Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
Bd Erfoud 20150  
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CHNNS : 2700608 - IE : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء 356

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

AMM N° 44190MP21NRQDNM



6 118000 020844

LOT 203433  
EXP 11/2026  
PPV 97.20

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

AMM N° 44190MP21NRQDNM



6 118000 020844

LOT 203433  
EXP 11/2026  
PPV 97.20

COVERSYL®

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés 10 mg



14270

COVERSYL®

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés 10 mg



14270

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

AMM N° 44190MP21NRQDNM



6 118000 020844

LOT 203433  
EXP 11/2026  
PPV 97.20

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

AMM N° 44190MP21NRQDNM



6 118000 020844

LOT 203433  
EXP 11/2026  
PPV 97.20

COVERSYL®

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés 10 mg



14270

COVERSYL®

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés 10 mg



14270

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



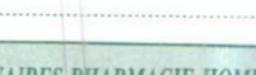
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

6 118001 090280

14270

**TORVA<sup>®</sup> 10** 10 mg

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 140702

LOT : 1119  
PER : 08/25  
PPV : 57,80 DH

**TORVA<sup>®</sup> 10** 10 mg

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 140702

LOT : 1122  
PER : 10/25  
PPV : 57,80 DH

**TORVA<sup>®</sup> 10** 10 mg

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 140702

LOT : 1120  
PER : 10/25  
PPV : 57,80 DH

**TORVA<sup>®</sup> 10** 10 mg

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 140702

LOT : 1120  
PER : 10/25  
PPV : 57,80 DH

**TORVA<sup>®</sup> 10** 10 mg

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 140702

LOT : 1120  
PER : 10/25  
PPV : 57,80 DH

TORVA 10

**S.V**

5X57,801 yle s

1531/10



Saad COLAMI  
Centre de Cardiologie  
El Firdaus  
Casablanca