

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : .....	Société : .....
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>MUPRAS (RAM)</i>	
Nom & Prénom : <i>DANIANI AHMED</i>	
Date de naissance : <i>1944</i>	
Adresse : <i>HAY EL FANAH Rue 43 n° 49 CAR BLANC</i>	
Tél. : <i>0618966998</i>	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 : *CASABLANCA* Le : *11/01/2014*

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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			-
			-
			-
			-
			-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

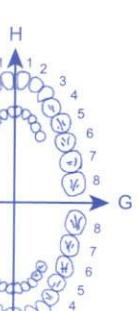
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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 relèvent 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 EFFECTUES 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'ORTHOPEDIE  
- 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 1614784

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT.

Nom & Prénom : DAHMANI AHMED

Matricule : 526 Fonction : Retraité Poste :

Adresse : HAY EL FARAH, RUE 13 N° 42  
CP 24430 Casablanca

Tél. : 06 18 966 998 Signature Adhérent : B.S.

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DAHMANI AHMED Age :

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Douleur thoracique atypique

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

A ..... , le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr SARAH CHADDI

Cardiologue

Tél : 0644053745

TPE : 061280426

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 1614784

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



## ~~RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES~~

**Dr SARA KHADDI**  
Cardiologue  
Tél: 0641053745  
Fax: 060426

## **EXECUTION DES ORDONNANCES PE : 17**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>DR H KHEIR SAHIL</b> Doktaat 0175270 33100000	23 12 23	186.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cétoïdients	Montant des Honoraires
	23/10/2013	Dr CHAFIC BEN BELLOU	

## 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	
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE BELLE VILLE

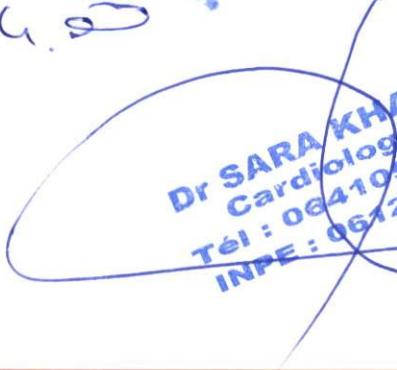
le 23/12/03

DAHNANI AHMED

(x 3 mois)

① Coversyl 5 mg  
qd c/s 1/2 cp/)

184.0



391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 333 999

E-mail : [cliniquebelleville@cliniquebelleville.com](mailto:cliniquebelleville@cliniquebelleville.com) - Site web : [www.cliniquebelleville.ma](http://www.cliniquebelleville.ma)

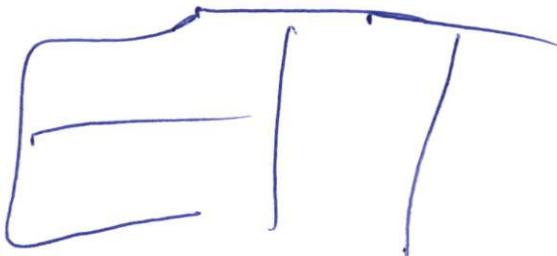
Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

# CLINIQUE BELLE VILLE

le 23/12/23

M. DAHMANI  
AHMED



DR SARA KHADDI  
Cardiologue  
Tél : 0641053745  
INPE : 061280426

**CLINIQUE BELLE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. DAHMANI AHMED  
Séjour : Du 23/12/2023 au 23/12/2023FACTURE  
202307119  
Du : 23/12/2023

Etablie par : M. Fatiha

**Clinique**

Code	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
consultation123	CONSULTATION + ECG	1	350,00	350,00
R400	ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	800,00	800,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 150,00</b>	

**Encaissement Compte d'Aut ui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
		<b>TOTAL AUTRUI</b>	0,00

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE CENT CINQUANTE DIRHAMS

	<b>Patient</b>
<b>Total TTC</b>	1 150,00



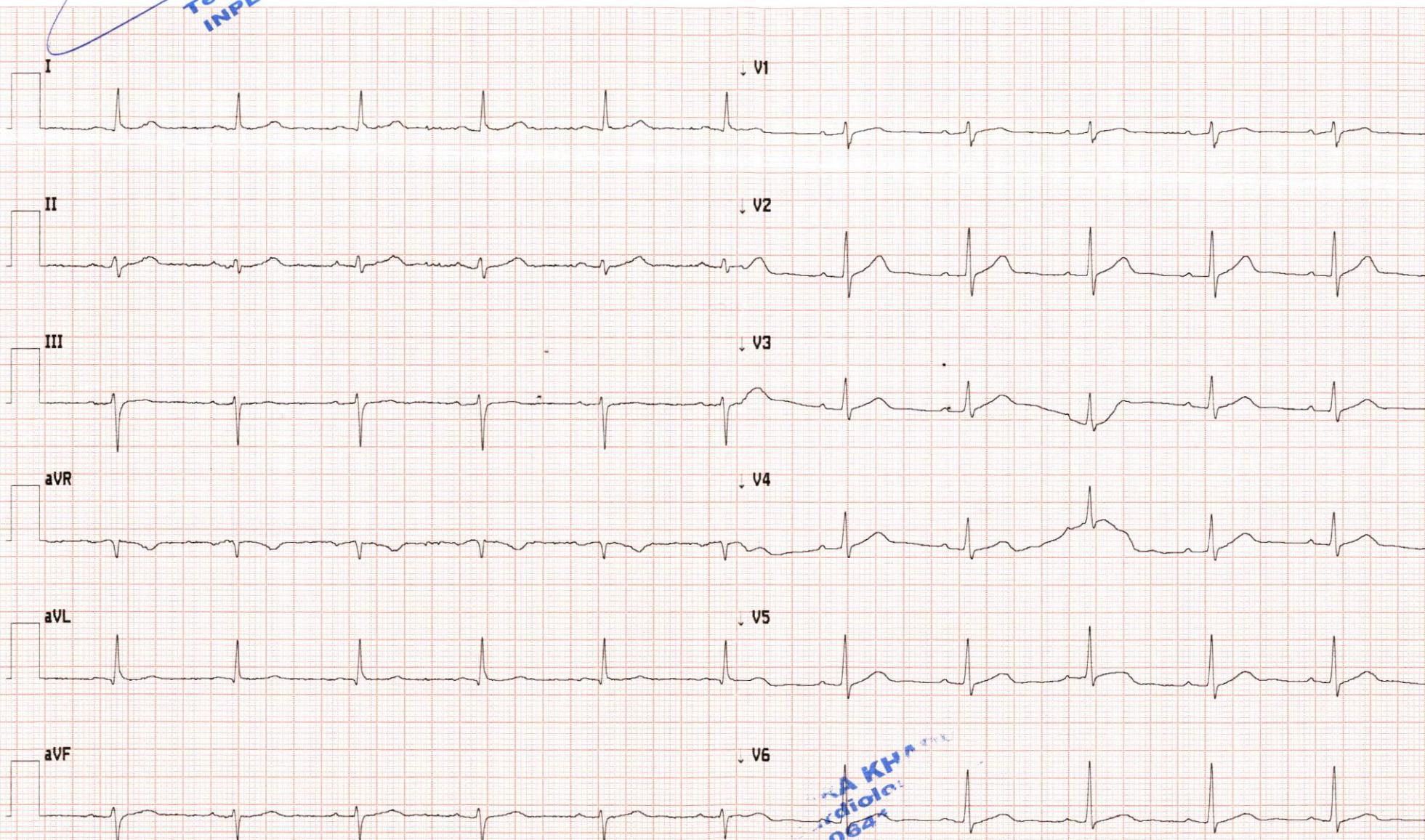
Dahmani, Ahmed  
ID:  
D-nais  
ans,

23-Déc-2023 13:23:23

Dr SARA KHADDI  
Cardiologue  
Tél : 0641053745  
INPE : 061280426

Fréq. Card. 68 BPM  
Int PR 173 ms  
Dur.QRS 77 ms  
QT/QTc 359/376 ms  
Axes P-R-T 69 -27 39

JA 112154  
SPO2: 97



# CLINIQUE BELLE VILLE

DAHMANI AHMED

he 23/12/23

Complete mesh EIT

- Complications

  - VG non dilaté; no hypertrophie; de bonne contractilité globale et segmentaire; PEG
  - DM type non I
  - DRVG non élevé
  - Thorax aérien non dilaté
  - VT peu épaisse; siège de fuite majeure pas de RPT.
  - VAO tricuspidale; sans fuite ni sténose
  - VD non dilaté; de bonne fonction systolique (ogivale); TI modérée
  - Baille postopératoire HTP
  - Insuffisance atriale chronique
  - VCI non dilaté; SADG

C'est à l'angle de la rue  
391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 12 12 12  
E-mail : [cliniquebelleville@cliniquebelleville.com](mailto:cliniquebelleville@cliniquebelleville.com) - Site web : [www.cliniquebelleville.com](http://www.cliniquebelleville.com)

**DR SARA KHADDI**  
Cardiologue  
**Tél : 0641053745**  
**INPE : 0617888**

