

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0022247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 329 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AZMI MILOUDA  
Date de naissance : 1945  
Adresse :  
Tél. : 0522227194 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :  
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) :

### 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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |       |  |     |  |
|-------|--|-----|--|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute           |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie   |
| PC    | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## 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                  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU             | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                   |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                      | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit        | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                 |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappent 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 1574531

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AZMI Milouda Age 15 10 8 22  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : Bruit de tout le corps + RGO  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A Benuechid le 15 / 06 / 22  
Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION


1574531

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
15/06/22	1C	M	150,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/22	65 1,20

## 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	

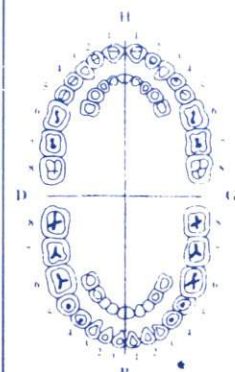
## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

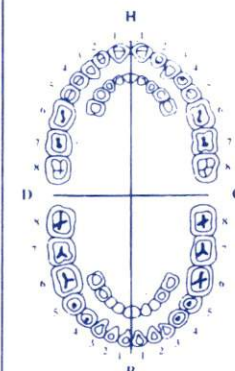
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>																					
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			MONTANT DES SOINS	<input type="text"/>
		H		H																						
		25533412		21433552																						
		00000000		00000000																						
D		G																								
00000000		00000000																								
35533411		11433553																								
B																										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																							
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Soumia Ghamraoui**

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء

الطب العام  
الفحص بالصدى

ASMOUN Samir

Docteur en Pharmacie

12 Rue ASSALAM Hay Al Houde

BERRECHID

Tél : 05 22 32 84 94

Berrechid, le : 15/06/22 : برشيد، في

190,00 AZMI Milouda

1) Eclin gel nettoyant surgras

40,00 Pour le Bain -

2) Kaline K-Atopic crème

2x 10,00 appl le soir -

3) Omiz 20 mg gel (2B)

89,00 1 gel le matin à jeûn

4) Vitamag fast sachets

1 sachet le soir

651,80

Dr. Soumia GHAMRAOUI

Médecine Générale  
Echographie Générale

12 Bd Marrakech - BERRECHID  
Tél : 05 22 32 84 94

Dr. B Scherren  
Senefelderstr. 44, D - 51169 Bergish  
Gladbach  
PPC : 89,00 Dh

17, Bd de Marrakech, Hay Kadiri  
Berrechid - Tél.: 05 22 33 65 99

17, شارع مراكش، حي القادري  
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

# Omiz<sup>®</sup>

Oméprazole

• Microgranules gastro-résistants en gélule •

04/18

## PRÉSENTATIONS :

- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg : Boîte de 7 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg : Boîte de 14 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 7 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 14 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 28 gélules

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 20mg : Oméprazole
- Excipients q.s.p. : 20 mg
- Excipient à effet notoire : saccharose

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 10mg : Oméprazole
- Excipients q.s.p. : 10 mg
- Excipient à effet notoire : saccharose

## CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

## INDICATIONS :

- Chez l'adulte : En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).
- En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## MISES EN GARDE / PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- **Mises en garde :** En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).
- **Précautions d'emploi :** Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

# Omiz<sup>®</sup>

Oméprazole

• Microgranules gastro-résistants en gélule •

04/18

## PRÉSENTATIONS :

- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg : Boîte de 7 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg : Boîte de 14 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 7 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 14 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 28 gélules

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 20mg : Oméprazole
- Excipients q.s.p. : 20 mg
- Excipient à effet notoire : 1 gélule

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 10mg : Oméprazole
- Excipients q.s.p. : 10 mg
- Excipient à effet notoire : 1 gélule

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

## INDICATIONS :

- Chez l'adulte : En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'adulte : En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).
- En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).
- Précautions d'emploi :
- Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.
- En cas de doute NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

# Omiz<sup>®</sup>

Oméprazole

• Microgranules gastro-résistants en gélule •

04/18

## PRÉSENTATIONS :

- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg : Boîte de 7 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg : Boîte de 14 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 7 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 14 gélules
- OMIZ<sup>®</sup> 10 mg : Boîte de 28 gélules

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 20mg : Oméprazole
- Excipients q.s.p. : 20 mg
- Excipient à effet notoire : 1 gélule

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 10mg : Oméprazole
- Excipients q.s.p. : 10 mg
- Excipient à effet notoire : 1 gélule

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

## INDICATIONS :

- Chez l'adulte : En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'adulte : En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRA-INDICATIONS :

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.