

# 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.

## Adresses Mails utiles

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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0019037

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1519 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL JAMAI Ahmed  
 Date de naissance :  
 Adresse : AL9592  
 Tél. : 0666650836 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 07/01/2023  
 Nom et prénom du malade : EL JAMAI Ahmed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HYPERTENSION  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
07/01/23	3 Ryb	400	011	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL MUSTAKBAL</p> <p>GHERB Abdelhadi</p> <p>PHARMACIEN</p> <p>Bd Erfoud Hay El Mostakbal</p> <p>Aïn Chock Casa 20150</p> <p>Tel : (022) 21 99 76</p>	07/01/23	1.392,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

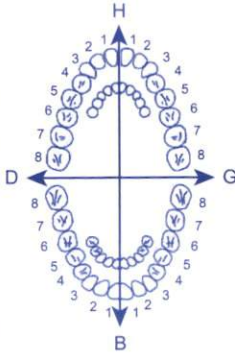
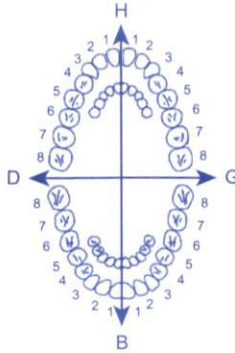
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

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 سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

Casablanca, le

07 JAN 2023

Traitement de :  
Trois (03) Mois

Traitement de :  
Trois (03) Mois

4X142,70

Coverage

Traitement de :  
Trois (03) Mois

1 q 1/29 led

4X97,20

AMIDIP

Traitement de :  
Trois (03) Mois

1 q 1/29 led

2X72,06

Detenue

Traitement de :  
Trois (03) Mois

3X27,70

Coverage

356, Rue Mostafa El Maâni (côté 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

CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922



3x57,80

L. D. H. P. 10

Traitement de:  
Trois (03) Mois



19 le 20

PHARMACIEN  
GHARIB Abdelhadi  
63, Bd Elfrond Hay El Mostakbal  
Ain Chock Casa 20150  
Tél : 22.18.84/26.13.36 - CASA

32,60

D. SAAD MOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
350, Rue Mostafa El Maani  
Tél: 22.18.84/26.13.36 - CASA

Fumoxeel sig

Libron - sig



19 x 4 y me

1.392,70

PHARMACIEN  
GHARIB Abdelhadi  
63, Bd Elfrond Hay El Mostakbal  
Ain Chock Casa 20150  
Tél : 22.18.84/26.13.36 - CASA

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



A4270

A4270

A4270

A4270

**ZANIDIP® 10 mg**

28 comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 44190MP/21/NRQNM



**ZANIDIP® 10 mg**

28 comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 44190MP/21/NRQNM



**ZANIDIP® 10 mg**

28 comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 44190MP/21/NRQNM



**ZANIDIP® 10 mg**

28 comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 44190MP/21/NRQNM



LOT 2210  
EXP 04/2025  
PPV 97.2

LOT 2210  
EXP 04/2025  
PPV 97.2

LOT 2210  
EXP 04/2025  
PPV 97.2

LOT 2210  
EXP 04/2025  
PPV 97.2



**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma



**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma



Eumoxol 0,3%  
solution buvable flacon 250ml



**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



LOT : 9434  
UT. AV: 06 - 25  
P.P.V: 32 DH 60

**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés



**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés



**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés



LOT : 221192  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80 DH

LOT : 221192  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80 DH

LOT : 221192  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80 DH



EL JAMI, AHMED

ID:

D-naiss:

0ans,

0ans,

07-Jan-2023 09:24:33

Fréq.Card: 51 BPM

Int PR: 184 ms

Dur.QRS: 104 ms

QT/QTc: 432 / 410 ms

Axes P-R-T: 32 -22 42

Moy RR: 1158 ms

QTcB: 401 ms

QTcF: 411 ms

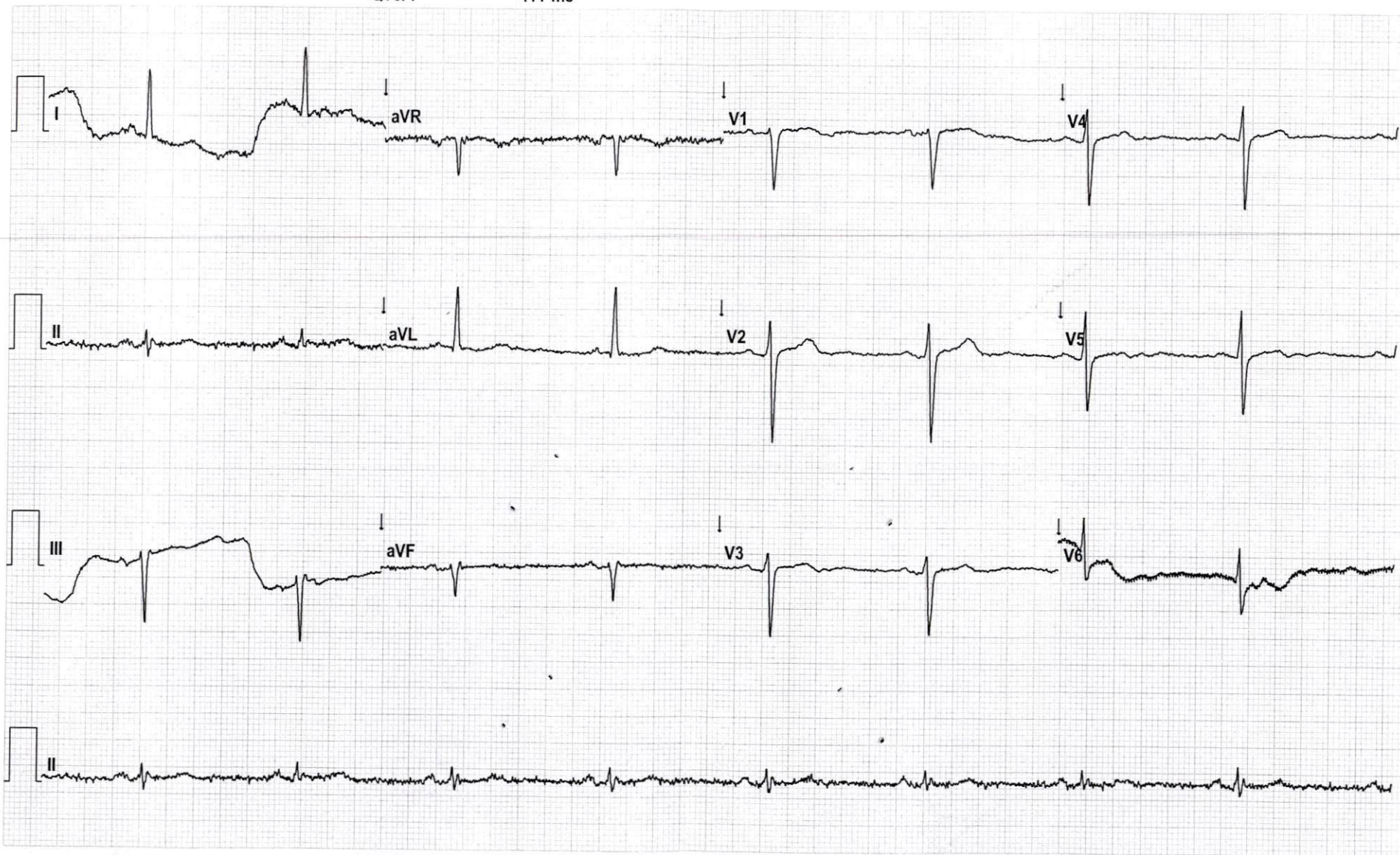
BRADYCARDIE SINUSALE

DEVIATION MODEREE AXIALE GAUCHE DE QRS [AXE QRS < -20]

HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE AVEC TROUBLE DE REPOLARISATION [GRANDE ONDE R EN AVL OU V5, GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1 ET SOUS DECALAGE DE ST EN V5/V6]

ECG ANORMAL

Non confirmé



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 45950 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz