

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-568759

69720

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1503

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Boutahar Fatima

Date de naissance :

1958

Adresse :

Lot 1503, Rue 18, 2012, Tanger

Tél. :

06 56 15 60 88

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ACCUEIL
Dr. Abdelghani ZEKINI
Cardiologue
27, Bd. Mohammed V - Tanger
Tél : 161 - 141 - 189

Date de consultation :

30/03/2021

Nom et prénom du malade :

BOUTAHAR Fatima

Age :

53a

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Tanger

Le :

30/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
30/3/21	C2 + G		300.012	Dr. Abdelhak ZEKHINI INP: 161-141-189

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/03/21	948.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

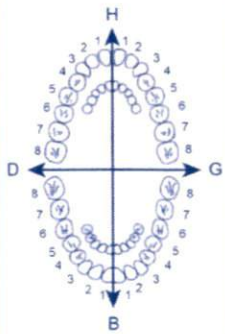
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

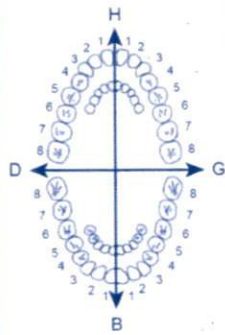
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

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

Docteur Abdelghani ZEKHNINI

CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE
Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles
(UCL)

TANGER, le : 30/03/2021

Ordonnance

M. BOUTAHER Fatima

CO AVACOR 300/12.5 mg 1 co /j

ASPEGIC 100 , Sachet 1 sachet /j

LD NOR 10 mg, Comprimé pelliculé 1 co /j

AMEP 5mg, Comprimé 1 co /j

VITANEVRIL FORT : 1 comp. 1 fois par jour

Traitement 3 mois

Dr. Abdelghani ZEKHNINI
Cardiologue
27, Bd. Mohammed V - Tanger
INP: 161 - 141 - 189

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

Tel : 0539 34 31 03 - Email : cardiozek@yahoo.fr

PHARMACIE HAZA
RUE YAMANE
BENI OUAHAB
TEL : 05 93 36 25 74

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

LOT : 20E010
PER.: 11/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E010
PER.: 11/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E010
PER.: 11/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80




6 118000 061113

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

49,40

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x 

5 ملغ
عن طريق الفم

56 x 

قرصا

AMEP® 5
56 comprimés



6 118000

49,40

عن طريق الفم

أورفاستاتين

LOT N° :

UT, AV. :

LOT : 201050
UT AV : 07/2023
PPV : 57,80DH

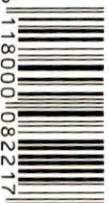
قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

 **COOPER**
PHARMA


6 118000 082217

مدة
صباح
زوال
مساء

عن طريق الفم

أورفاستاتين

LOT N° :

UT, AV. :

LOT : 201050
UT AV : 07/2023
PPV : 57,80DH

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

 **COOPER**
PHARMA



6 118000 082217

مدة
صباح
زوال
مساء

عن طريق الفم

أورفاستاتين

LOT N° :

UT, AV. :

LOT : 201050
UT AV : 07/2023
PPV : 57,80DH

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

 **COOPER**
PHARMA



6 118000 082217

مدة
صباح
زوال
مساء

COAVACOR®

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE

30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI).....	300.0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI)	12,5 mg
Excipients :	q.s.p ... 1 Comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire :	
Lactose	

COAVACOR® 300/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

COAVACOR[®]

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE

30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI).....	300.0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI)	12,5 mg
Excipients :	q.s.p ... 1 Comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire :	
Lactose	

COAVACOR[®] 300/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

COAVACOR[®]

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE

30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI).....	300.0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI)	12,5 mg
Excipients :	q.s.p ... 1 Comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire :	
Lactose	

COAVACOR[®] 300/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

Né: 01.01.1958
Age: 63 A
Sexe: F
Taille: -/- cm
Poids: 71,0 kg
PA: -/- mmHg

FC 69 /min

Axes
P 50°
QRS 32°
T -9°

Intervalles
RR 859 ms
P 118 ms
PQ 132 ms
QRS 96 ms
QT 384 ms
QTc 414 ms

Interprétation

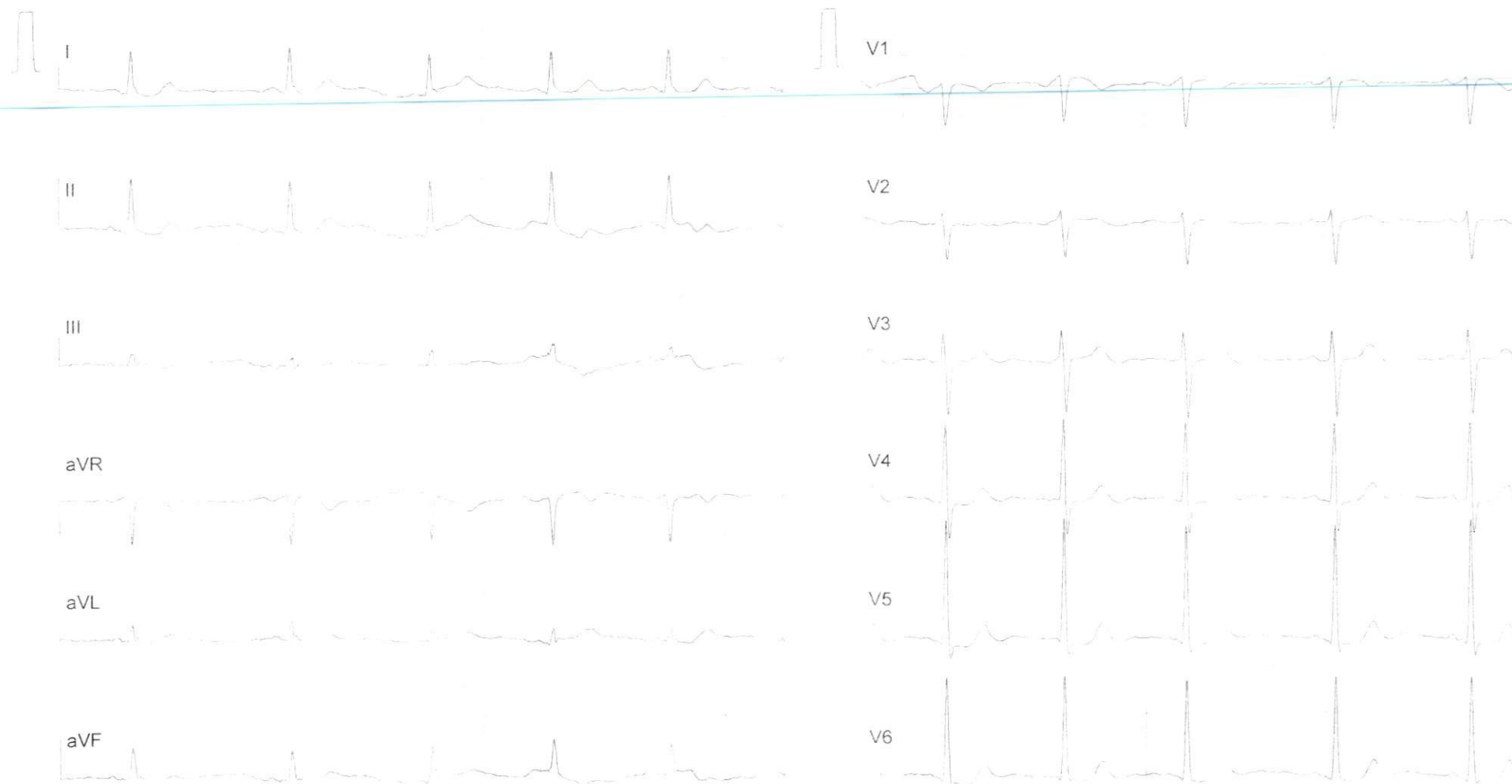
KS
Hds

Dr. Abdelghani ZEKHNINI
Cardiologue
27, Bd. Mohammed V - Tanger
INP: 161 - 141 - 189

CABINET DE CARDIOLOGIE DR ZEKHNINI A. CARDIOZEK
Nom: Boutahar Fatima
No ID: BOUTAHAR FATIMA

cardio
Cas n°:

30.03.2021 13:06:03



Validé

25 mm/s 10,0 mm/mV

0.05-35 Hz 50 Hz SBS

SDS-104 2.63.3

(AT-104 PC 1.84 5.71 2.63.3)

Page 1/1