

# 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.

## Éducation :

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 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060817

ND: 79402

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2136 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Chentouf Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.28.29.54 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Chentouf Abdellah Age : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-060817

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- ~~SY =~~ Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = 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

'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

'HOSPITALISATION EN HOPITAL

'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 revenir 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



DATE DE DEPOT

ND: 79402

courrier

# MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 448150

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHEN TOUF ABDEL HAIC

Matricule : 2136 Fonction : 2ETRAITÉ Poste : Poste

Adresse : TANGIER

Tél. 06 66 28 29 74 Signature Adhérent : Abdel

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHEN TOUF, Abdel haic Age 014011

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 25/6/21

Nature de la maladie : HDP

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



A 2136, le 25/6/21

Durée d'utilisation 3 mois



Signature à l'encre dans le carnet du médecin

27, Bd Mohamed V - 10000 Casablanca - Maroc

Ref. imp. 302216025

VOLET ADHERENT

DECLARATION Matricule N° : 2136 N° 448150

Nom du patient : ABDEL HAIC

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



Réf. imp. 302216025

## **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
25/6/21	ct EG		300 dt	Dr. Abdelghani ZEKHNINI Cardiologue Bd. Mohammed V - Tanger T 18 141-189

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 <b>HACHIME AL ANDALOUSSI</b> <b>Pharmacien Toulousain</b> <b>246910</b> <b>Mohamed S.</b>	25/06/20	1464,00

#### **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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H											
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
<b>D</b>	<b>R</b>										

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

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Figure 1. A schematic diagram of the structure of the *l*-type channel protein.

6 F 6 A 6

5 6

4 4

2 1 1 1 2  
B

B

\_\_\_\_\_

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4263 or visit [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISITEZ LE SITE DU FRANÇAIS EN LIGNE POUR EN SAVOIR PLUS

VISITEZ LE SITE DU FRANÇAIS EN LIGNE ET RECEVEZ VOTRE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur Abdelghani ZEKHNINI**

**CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE**  
**Spécialiste des maladies du cœur et des**  
**vaisseaux**

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles  
(UCL)

TANGER, le : 25/06/2021

**Ordonnance**

**M. CHENTOUF abdelhak**

ATACAND 16 mg : 1 comp. par jour le matin

D CURE forte 1 amp /sem

COSOPT Collyre 20/5 mg, Collyre en solution 2gtnes /j

Traitemennt 4 mois

165,50 x 4  
662.00

49,60 x 6  
29 + 60  
126,16 x 4  
504.40

صيدلية اللذانج  
PHARMACIE AL ANBALOUS  
Dr Benjelloun Jaoufik  
118, BOULEVARD MOHAMED 5  
TEL: 05 39 94 69 10  
TANGER

Dr. Abdelghani ZEKHNINI  
Cardiologue  
27, Bd.Mohammed V-Tanger  
INP: 151 - 141 - 189

LOT T033801 1  
EXP 07 2022

PPV 126.10 DH  
LABORATOIRES SOTHEM

Laboratoires SOTHEM  
B.P. N°1, 27182 Boussoura - Maroc  
Sous licence: Mundipharma

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

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

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair khou al nouri casablanca  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16 DMP/21NRQ PP.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair khou al aquam roch.  
noures casablanca  
ATACAND

16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16 DMP/21NRQ PP.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair khou al  
noures casablanca  
ATACAND  
16 mg Cpr séc  
Bte de 30  
140/16 DMP/21NRQ PP.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

LOT R072967  
EXP 02 2020  
PPV 164.20 DH

LOT S076240 1  
EXP 02 2021  
PPV 164.20 DH

J: 49,60 DH  
JT: 21B04  
EXP: 02/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21B04  
EXP: 02/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21B04  
EXP: 02/2024

Né: 01.01.1955  
Age: 66 A  
Sexe: M  
Taille: -- cm  
Poids: 97,0 kg  
PA: - / - mmHg

FC 84 /min  
Axes  
P 43 °  
QRS 65 °  
T 36 °

Intervalle  
RR 714 ms  
P 116 ms  
PQ 166 ms  
QRS 88 ms  
QT 350 ms  
QTc 414 ms

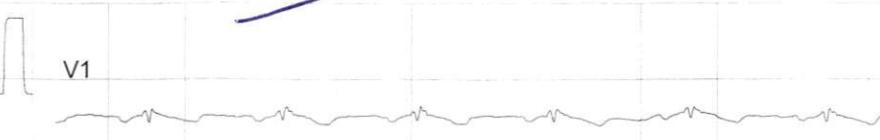
### Interprétation

Validé

15  
ZAHRA  
MHD

Z, Bd.Montmard, 141-189  
Dr Abdellah Chentouf, ZEKHNINI  
Cardiologie, Zekhnini

Med:  
Rem:



25 mm/s 10,0 mm/mV

0.05-35 Hz

50 Hz SBS

(AT-104 PC 1.84 5.71 2.63.3)

SDS-104 2.63.3

CABINET DE CARDIOLOGIE DR ZEKHNINI A. CARDIOZEK  
Nom: Chentouf Abdelhak  
No ID: K41712  
Cas n°: ,  
cardio

25.06.2021 15:39:39