

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 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2136 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Chentouf Abdelmalk

Date de naissance :

Adresse : Tanger

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 ADHERENT

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)
- = 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 couvrant 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 révenir 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 Prévoyance 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 : CHENTOUF ABDELHAIC
Matricule : 2136 Fonction : RETRAITÉ Poste :
Adresse : TANGER
Tél. 06 66 28 29 54 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHENTOUF Abdelhak Age 0402
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 25/6/21
Nature de la maladie : HDA
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A [Signature] le 25 / 6 / 21
Durée d'utilisation 3 mois

MUPRAS
29 JUIL. 2021
ACCUEIL
Abdelghani ZEKHINI
27, Bd Mohammed V - Tanger
ND 151 - 06 189

VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° : 2136 N° 448150
Nom du patient : ABDELHAIC
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/6/21 | Et Elg | | 300 DH | Dr. Abdelghani ZEKHINI Cardiologue 27, Bd. Mohammed V - Tanger INP 161 141 - 189 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 25/06/21 | 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|--|----------------|------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div> | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|----------|----------|------------|------------|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
| | <table border="0"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | D 00000000 | 00000000 G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | D 00000000 | 00000000 G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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 coeur 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 2gttes /j

Traitement 4 mois

165.50 x 4

662.00

49.60 x 6

297.60

126.10 x 4

504.40

صيدلية الأندلس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benjelloun Jaoufik
118, BOULEVARD MOHAMMED V
TEL: 05 39 94 69 10
TANGER

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

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 NRQ P.P.V: 165.50 DH
6 118001 020548

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al souam roc.
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 NRQ P.P.V: 165.50 DH
6 118001 020548

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 NRQ P.P.V: 165.50 DH
6 118001 020548

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

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

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 NRQ P.P.V: 165.50 DH
6 118001 020548

PPV: 49,60 DH
LOT: 21804
EXP: 02/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21804
EXP: 02/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21804
EXP: 02/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21804
EXP: 02/2024

LOT 1033501 1
EXP 07 2022

P.P.V 126.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Boukoura - Maroc
Sous licence - Mundipharma

LOT R012967 1
EXP 02 2020
PPV 164.20 DH

LOT S016240 1
EXP 02 2021
PPV 164.20 DH

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°

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

Interprétation

Med:
Rem:

Validé

Dr. Abdelhak ZEKHINI
Cardiologue
NIP: 161 141 - 189
27, Bd Mohammed V
Tanger

CABINET DE CARDIOLOGIE DR ZEKHINI A. CARDIOZEK
Nom: Chentouf Abdelhak
No ID: K41712

Cas n°:
cardio

25.06.2021 15:39:39



25 mm/s 10,0 mm/mV

0.05-35 Hz 50 Hz SBS