

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

- Reclamation : 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° W19-535727

ND: 27841

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5997

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

RIHANI MOHAMED

Date de naissance :

27-01-1963

Adresse :

Residence Dta Essalam N° 2 Im 3

Tél. :

0707332704

Total des frais engagés :

619,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور الطبي المنبر
Dr. EL MONDHIR EL KHATABI
CARDIOLOGUE
127, Imm Gidel, Av. Mohammed VI - Marrakech
Tél : 05 24 43 33 30 / Tél/Fax : 05 24 43 12 78

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

RIHANI Mohamed

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : Marrakech

Le : 09-04-2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-535727

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 :

5997

Nom de l'adhérent(e) :

RIHANI

Total des frais engagés :

619,10

Date de dépôt :

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
09.04.2020	CX		250	<p>071 05 63 94</p> <p>DR. EL MONDHIR EL KENTABI</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>127</p> <p>12 78</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/4/20	369,10

[illegible][illegible]

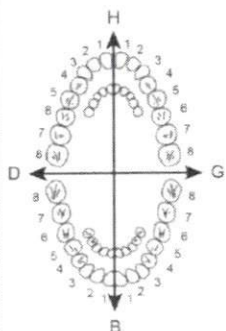
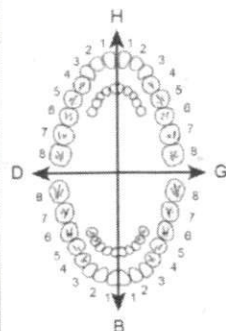
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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 <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL KHATABI El Mondhir
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Tours (France)



**CABINET D'EXPLOITATIONS
CARDIO-VASCULAIRES**

**الدكتور
الخطابي المنذر**

اختصاصي في أمراض
القلب والشرايين

خريج كلية الطب بتور (فرنسا)

Marrakech, le مراكش, في

09 AVR. 2020

Dr. EL KHATABI El Mondhir
127, Imm. Gidel, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 43 33 30 / Tél/Fax : 05 24 43 12 78

Mohamed

25/09/2020

23,10

1 - Lysanxiz 10mg

2 - 218,00

Approved

3 - 128,00

Zanidol

369,10

78p. 03mg

Dr. EL KHATABI El Mondhir
127, Imm. Gidel, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 43 33 30 / Tél/Fax : 05 24 43 12 78

الدكتور الخطابي المنذر
Dr. EL KHATABI El Mondhir
127, Imm. Gidel, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 43 33 30 / Tél/Fax : 05 24 43 12 78

UT. AV: 02 21

P.P.V

LOT N°: 1254739 23 10

Laroxyl® 40 mg/ml ○

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

ALGIXENE® 250

30 Gélules



6 118000 230069

Codoliprane® ○

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

Lysanxia® 10 mg ○

40 comprimés



6 118000 250289

Codoliprane® ○

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

ECG

Nom : RIHANI

Sex :

Age :

Clinique N :

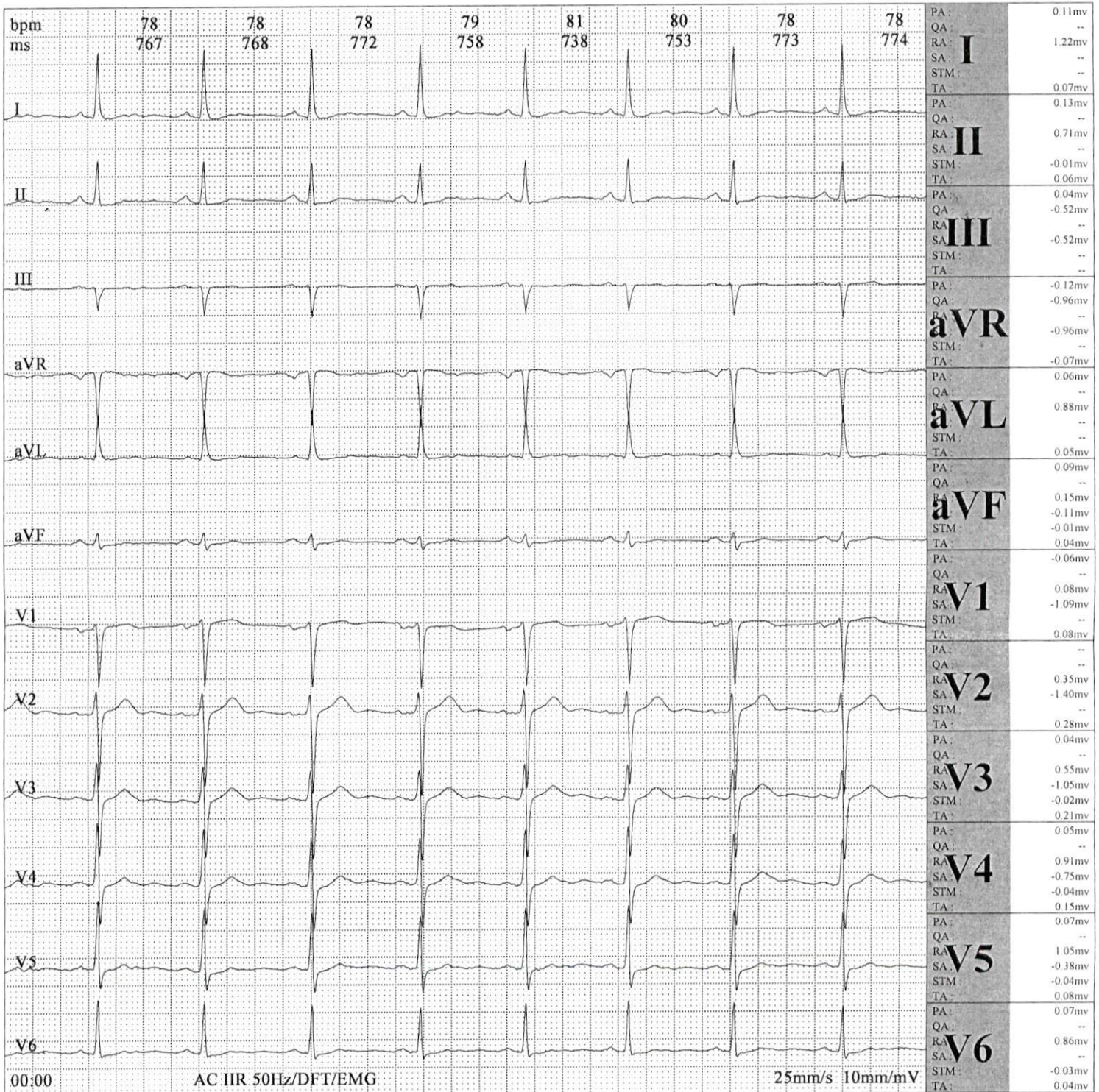
Section :

SN : 0000418

Case No. :

Lit No. :

Date : 09/04/2020 12:7:53



Fréquence: 1000Hz PR Interval: 149 ms
 Temps d'écha 11s QT Interval: 426 ms
 FC: 78bpm QTc Interval: 484 ms
 P Interval: 102ms P Axis: 50.30°
 QRS Interval: 90 ms QRS Axis: 1.20°
 T Interval: 300 ms T Axis: 46.90°

Prompt:

Signature Medecin :