

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.



Déclaration de Maladie

M23-002881

164468

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1135 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELLAKHDI Abdelmoula
 Date de naissance : 01.01.1947
 Adresse : Residence ENNAJD MM 22 AP 233
 AVENUE STENDHAL CASABLANCA
 Tél. : 0661708181 Total des frais engagés : 1564,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Ilham EL BAROUDI
 Cardiologue
 38, Bd. Rachidi, Casablanca
 Tél: 0522 47 60 50 / 0522 47 60 10
 MNP 091048355
 Date de consultation : 16.05.2023
 Nom et prénom du malade : ELAKHDI Abdelmoula
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA phlébite du membre inférieur et
 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 : CASABLANCA

Le : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
16/5/2023	URTEL	350	350	Dr. Ilham EL BAROUDI Caréologue 38, Bd. Rachidi, Casablanca Tél: 05 22 47 60 00 / 05 22 47 60 10 INP 091048355

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimane Rue Amal - Bd. Amal - Casablanca Tél: 05 22 98 37 83 - Fax: 05 22 98 37 84	16.05.23	12.141,00

INPE: 092801452

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

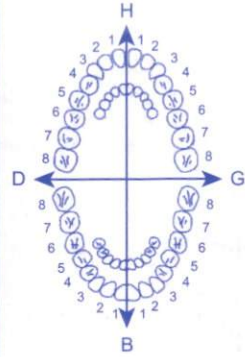
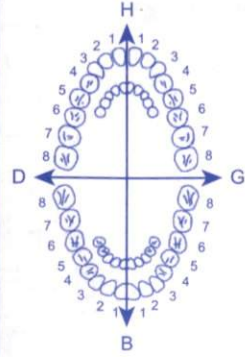
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				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

Docteur Ilham EL BAROUDI

CARDIOLOGUE



الدكتورة إلهام البارودي

- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

- إختصاصية في أمراض القلب والشرابين
- خريجة كلية الطب بباريز
- طبيبة ممارسة سابقا بمستشفيات باريز
- دبلوم الفحص بالصدى والدوبلير
- عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو-دوبلير

Casablanca 16/5/2023

EXP
LOT

01 2025
BCTV6

EL Lakhdi Abdelouala

611800103058 3
EXFORGE
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

EXP
LOT

08 2025
B59LF9

611800103058 3
EXFORGE
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

EXP
LOT

08 2025
B59LF9

611800103058 3
EXFORGE
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

BXJT761

12 2024

191,00 x 3 / 581,00

Exforge 80/5

1 c/j

Zuclax LP

1 c/j

Xarelto 20

1 c/j

629,00

1214,00

et de
3 min

Dr Ilham EL BAROUDI

38, Bd. Rachidi, Casablanca
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10
INP 091048355

Cabinet de consultation et d'explorations cardiaques

38, Boulevard Rachidi ---- Casablanca ----

Tél.: 05 22 47.60.00 / 10 . Fax : 05 22 47.60.10 . E-mail : ilham_elbaroudi@yahoo.fr

EL LAKHDI Abdelmoula

82 Kg

A-4

112x25

AUTO 10mm/mV

A-4

112x25

10mm/mV

A-4

112x25

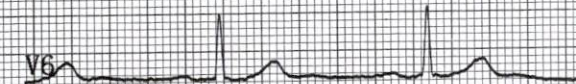
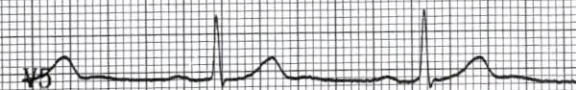
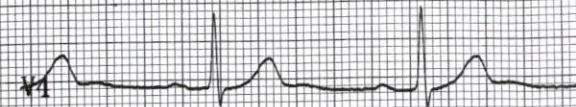
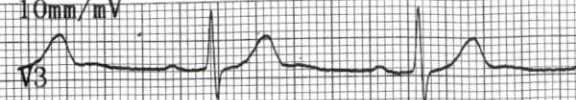
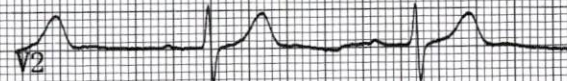
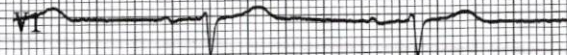
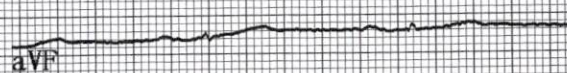
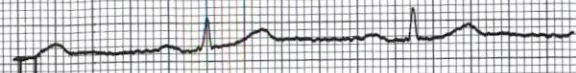
A-4

112x25

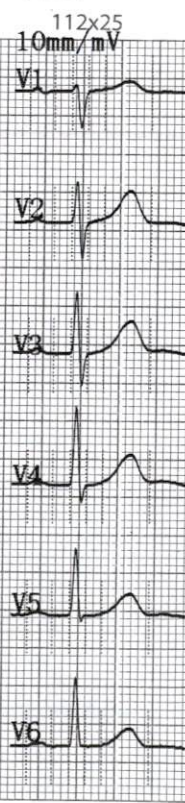
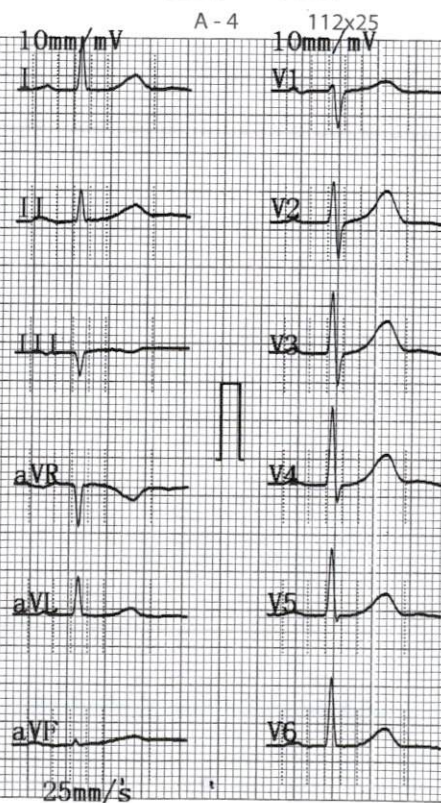
10mm/mV

A-4

112x25



25mm/s AC50Hz+EMC35Hz



DR EL BAROUDI
2023-05-16 12:48

ID: _____
Name: _____ Sex: _____ Age: _____
Height: _____ cm Weight: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg
FC bpm : 54
Intervalle PR ms : 225
Durée P ms : 132
Durée QRS ms : 87
Durée T ms : 250
QT/QTc ms : 425/404
Axe P/QRS/T deg : 22.0/5.5/45.2
R(V5)/S(V1) mV : 0.88/0.47
R(V5) S(V1) mV : 1.35

<<Conclusions>>

Dévia. ax. gche légère;

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****

Médecin _____