

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048887

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2597

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJAH Abdelaziz

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : cooperative Nakhil N° 27 SYBA - Marrakech

Tél. : 0631348320

Total des frais engagés : 533,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NAJAH Abdelaziz

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

douleurs à 6 Jours

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 : 08 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
08-12-2013	Consultation	1	400,00	<p>Taoufik ZENOU</p> <p>Spécialiste en Pédiatrie</p> <p>Commercial Habous Im 88</p> <p>El Fasssi Djennet</p> <p>Tel. 05 23 33 02 06</p>

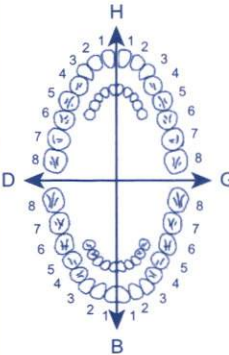
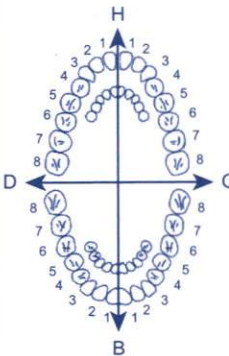
[illegible][illegible][illegible]

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															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Important :


Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Taoufik ZENJARI

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Lille (France)
SPECIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL DIGESTIF
Foie - Estomac - Intestins
Hémorroïdes - Fissures Anales

ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE



Marrakech, le

08/01/2024

Mr Najah Abdelaziz

INEXIUM 20

1 comprimé le matin (pendant 28 jours)

27,00 x 2 = 54,00

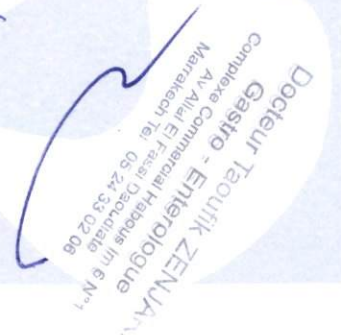
ALIVIAR 50 MG

1 gélule, matin et soir, pendant 15 jours

75,70

AZYX 500

1 comprimé le matin, pendant 3 jours



Rendez-vous le الموعد

☎ 06 55 76 26 06 / 05 24 33 02 06

المركب المعماري والتجاري الأحباس عمارة 6 رقم 1، شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش
Complexe Commercial Habous Im. 6 N° 1 Avenue Allal El Fassi Daoudiate - Marrakech
المستعجلات : 06 61 24 13 94

LOT: 09923028
PER: 05/2028
PPV: 27.00 DH

22100

BERMA

ole Orale

LOT: 09923030
PER: 05/2028
PPV: 27.00 DH

22100

PPV: 79DH70
PER: 10/26
LOT: M3546



DOCTEUR TAOUFIK ZENJARI
DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LILLE (FRANCE)
SPECIALITE DES MALADIES
DE L'APPAREIL DIGESTIF
FOIE- ESTOMAC- INTESTINS
HÉMORROÏDES - FISSURES ANALES
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Marrakech le, 08/01/2024

Echographie Abdominale

Mr NAJAH Abdelaziz

Clinique

Douleurs abdominales.

Examen

Le foie : Est d'écho-structure et de contours normaux. Les veines sus hépatiques et le tronc porte sont normaux. steatose hépatique

Voies biliaires : Sont fines.

Intra-hépatiques :

Extra-hépatiques :

La vésicule biliaire : Alithiasique

Le cholédoque : Fin.

La rate. : Est d'écho-structure normale.

Les reins : Bonne différenciation cortico-médullaire.

Le pancréas : de taille normale. D'échogénécité normale. Pas de lésion focale

Autre :

Conclusion

STEATOSE HEPATIQUE

الدكتور الزنجاري توفيق

Dr ZENJARI Taoufik

NOTE D'HONORAIRES

Mr/Mme : NASAH

Le Docteur ZENJARI Taoufik

A l'honneur de vous présenter ses honoraires pour :

- ☐ Consultation : 150,00
- ☒ Echographie abdominale (K30) : 250,00
- ☐ Fibroscopie oesogastrodeodénale (K50)
- ☐ Recto-sigmoïdoscopie (K30)
- ☐ Coloscopie (K80)
- ☐ Anuscopie (K5)
- ☐ Autre (K5)

TOTAL = 400,00

Soit la somme de quatre cent cinquante

Toutes taxes comprises

A Marrakech le : 08/01/24

PHARMACIE DE LA PALESTINE
DR BAIK ABDELLAH
QUARTIER TASSELTANT N 4 ET 5 SYBA
40050 MARRAKECH

Tél : 0524404738

22/01/2024

MR NAJAH ABDELAZIZ

FACTURE N° : 3425 du 22/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	ALIVIAR 50MG BT/20GEL	27,00	54,00	7%
1	AZIX 500 / 3 CP	79,70	79,70	7%

Total TTC 133,70

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
CENT TRENTE TROIS DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	124,95	8,75	133,70
		124,95	8,75	133,70

