

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 extractiops 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **2597**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : **NAJAH Abdellaziz**

Date de naissance : **01-01-1952**

Adresse : **cooperative Nakhl N° 27 SYBA - Marrakech**

Tél. : **0651348320**

Total des frais engagés : **533,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : **Marrakech** Le : **08/01/2024**

Signature de l'adhérent[e] :



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
08/01/2014 et 15/01/2014			450,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INP 2047954	08/01/24	133,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doctor Saoufik 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



الدكتور توفيق الزخاري

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، الأمعاء والبواسر

الفحص بالمنظار
والأكمغرافي



Marrakech, le

08/01/2024

Mr Najah Abdelaziz

INEXIUM 20

1 comprimé le matin (pendant 28 jours)

29,00x2 = 54,00

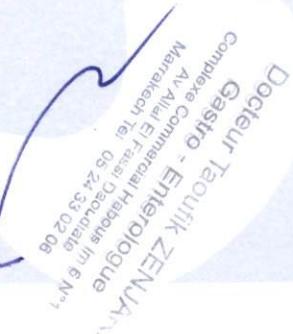
ALIVIAR 50 MG

1 gélule, matin et soir, pendant 15 jours

56,75

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 Daoudi - Marrakech

المستعجلات : 06 61 24 13 94

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

22.00

• • •
BERMA *Vie Orale*

LOT: 09923029
PER: 05/2028
PPV: 27.00 DH

22.00

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



DOCTEUR TAOUIK 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-medullaire.
- Le pancréas : de taille normale. D'échogénicité normale. Pas de lésion focale
- Autre :

Conclusion

STEATOSE HEPATIQUE

NOTE D'HONORAIRES

Mr/Mme :

NAJAH
Abdelouafi

Dr ZENJARI
Gastro-Enterologue
Complexe Commercial Habous
Av Allal El Fassi, Djebel Sidi
Marrakech Tel: 05 24 33 02 06

Le Docteur ZENJARI Taoufik

A l'honneur de vous présenter ses honoraires pour :

- Consultation : 150 ₣
 Echographie abdominale (K30) : 250 ₣
 Fibroscopie œsogastroduodénale (K50) :
 Recto - sigmoidoscopie (K30) :
 Coloscopie (K80) :
 Anuscopie (K5) :
 Autre (K5) :

TOTAL = 400 ₣

Soit la somme de

Toutes taxes comprises

Dr ZENJARI
Gastro - Enterologue
Complexe Commercial Habous Im 6 N° 1
Av Allal El Fassi, Djebel Sidi
Marrakech Tel: 05 24 33 02 06

A Marrakech le : 08/01/24

PHARMACIE DE LA PALESTINE
DR BAIAK 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 TRENTÉ 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

