

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-442221

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30891 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAROUDI Ali  
 Date de naissance : 06/11/65  
 Adresse : Résidence AGOSTINI Zone Touristique ALHAY 40002 TANGHER  
 Tél. : 061159867 Total des frais engagés : 917,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : BAROUDI Ali 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/03/20



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |   |  |
|---|---|--|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date<br>PHARMACIE RIAD AL ATLAS<br>Dr. ABOUZZOHOOR Bouchra<br>N° 14 Les Embarks 3,<br>Marrakech - Tel: 05 24 01 80 00 | Montant de la Facture<br>PHARMACIE RIAD AL ATLAS<br>Dr. ABOUZZOHOOR Bouchra<br>N° 14 Les Embarks 3,<br>Marrakech - Tel: 05 24 01 80 00 |

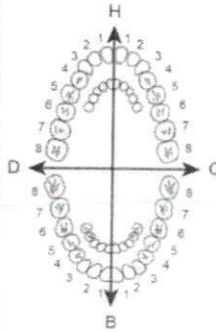
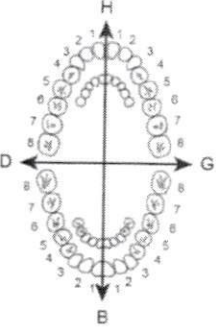
[illegible][illegible]

# 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<br>Traitées  | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D —————<br/>             00000000<br/>             35533411           </div> <div style="text-align: center;">             H<br/>             21433552<br/>             00000000<br/>             ————— G<br/>             00000000<br/>             11433553<br/>             B           </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION




Le 23 Janvier 2020


Marrakech, le

# ORDONNANCE



PHARMACIE RIAD AL ATLAS  
Dr. ABOUZZOHOUR Bouchra  
N° 14 Lot Embarka 3,  
les Riads de l'Atlas  
Marrakech - Tél : 05 24 01 80 80

79.00  
**1. APIXOL**  **Sirop Adulte**  
1 C-A-Soupe 3 x/Jour pendant 5 jours

58.40  
**2. SOLUPRED**  **comprimé effervescent 20mg**  
3 CP /Jours (En une seule prise Matinal) pendant 4 jours

180.00  
**3. RAZON**  **(APP) comprimé 40mg**  
1 CP /Jour ( le Matin )

**Docteur Soufiane EL MALEH**

Médecine d'Urgence / Médecine Générale  
L'Expertise Médicale et Evaluation du dommage corporel  
SERVICE DES URGENCES  
HÔPITAL PRIVÉ DE MARRAKECH

Dr. Soufiane EL MALEH  
م. س. المالك  
Médecin Urgentiste  
Hôpital Privé Marrakech / مستشفى الخاص مراكش  
Tél : 0711 80 56 60



Marrakech le 23.01.2020

**RX DU THORAX DE FACE**

**NOM ET PRENOM** : BAROUDI ALI

**MEDECIN TRAITANT** : DR EL MALEH

**Résultats :**

Pas de nodules parenchymateux.

Pas de foyer de condensation alvéolaire.

Pas d'épanchement pleural.

Silhouette cardio médiastinale sans anomalies.

**Conclusion :**

**Pas d'anomalie décelable sur cet examen.**

Merci de votre confiance

**DR. LAMYAA EL BEKKALI**  
*Radiologue*  
HOPITAL PRIVÉ MARRAKECH

# CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

## F A C T U R E

N° : 1356 / 2020 du 23/01/2020

Nom patient **BAROUDI ALI**  
**PAYANTS**

Entrée 23/01/2020  
Sortie 23/01/2020

| Désignation des prestations             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|--------|------------|---------------|---------|
| CONSULTATION EN URGENCE                 | 1,00   | K          | 400,00        | 400,00  |
| RADIOGRAPHIE DU THORAX SOUS UNE INCIDEN | 1,00   |            | 200,00        | 200,00  |
|   |        |            | Sous-Total    | 600,00  |
| Total Clinique                          |        |            |               | 600,00  |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Total 600,00

HOPITAL PRIVE MARRAKECH  
Lot Byade Al Andalous/EMBARAY  
Route du barrage - Marrakech  
INPE : 0500002485  
Tel: 05 24 35 98 00 / 05 24 35 98 01  
N° 2

**Solupred® 20mg**

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

sandoz aventis

**Solupred® 20mg**

بانتوبرازول 40 مغ

عن طريق الفم

قرصا مليسا مقاوما  
لحصارة المعدة

28

LOT: 604  
PER: 10/22  
PFU: 180.00 DH

**RAZON®**

40 mg

28 Comprimés pelliculés •  
gastro-résistants



6 118000 140849

200 ml e

Pharmalife  
RESEARCH



8 032578 477337

Lot:

190740

À consommer  
avant le:

11/2022

PPC: 79,00 DH