

## 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° W19-442221

SD36196

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 30891	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAREDI pli			
Date de naissance : 06/11/65			
Adresse : Plendre Agadir 14. Zone touristique AGADIR 40000 MAROC			
Tél. : 061159869	Total des frais engagés : 917,40 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BARoudi			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : BA			
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 : TAKKOUNI  
 Signature de l'adhérent(e) : HS

Le : 07/03/16

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS**

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
23/01/19	visite			DR Soufiane El Mekki urgentiste 1160566

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date PHARMACIE RIAD AL ATLAS Dr. ABOUZZOHOOUR Bouchra N° 14 Lot Embarka 3, 2 Ier Riads de l'Atlas Bouchra - Tél : 05 24 01 88 00	Montant de la Facture PHARMACIE RIAD AL ATLAS Dr. ABOUZZOHOOUR Bouchra N° 14 Lot Embarka 3, 2 Ier Riads de l'Atlas Bouchra - Tél : 05 24 01 88 00
<i>PHARMACIE RIAD AL ATLAS</i> <i>Dr. ABOUZZOHOOUR Bouchra</i> <i>N° 14 Lot Embarka 3, 2</i> <i>Ier Riads de l'Atlas</i> <i>Bouchra - Tél : 05 24 01 88 00</i>	<i>PHARMACIE RIAD AL ATLAS</i> <i>Dr. ABOUZZOHOOUR Bouchra</i> <i>N° 14 Lot Embarka 3, 2</i> <i>Ier Riads de l'Atlas</i> <i>Bouchra - Tél : 05 24 01 88 00</i>	<i>PHARMACIE RIAD AL ATLAS</i> <i>Dr. ABOUZZOHOOUR Bouchra</i> <i>N° 14 Lot Embarka 3, 2</i> <i>Ier Riads de l'Atlas</i> <i>Bouchra - Tél : 05 24 01 88 00</i>

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## **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.

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			
	H D 	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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"/>



Le 23 Janvier 2020

Marrakech, le

# ORDONNANCE

161218121528Z-004 NA  
BAROUDI ALI 23/01/2020  
DTN: 06/11/1965 PAYANT  
DRL MALEH SOUFIANE

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

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

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

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

Docteur Soufiane EL MALEH

Médecine d'Urgence / Médecine Générale

Expertise Médicale et Evaluation du dommage corporel

SERVICE DES URGENCES

HÔPITAL PRIVE DE MARRAKECH



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 PRIVE 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	<b>BAROUDI ALI</b>	Entrée	<b>23/01/2020</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>23/01/2020</b>

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
<i>Sous-Total</i>				<b>600,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>600,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SIX CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>600,00</b>



**Solupred® 20mg**

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

sabofi aventis

58,40

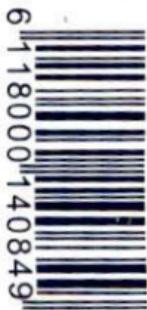
بانتويرازول 40 مجم

عن طريق الفم

**RAZON®**

28 Comprimés pelliculés

gastro-résistants



قرصا ملسا مقاوما  
للمصاردة المعدة

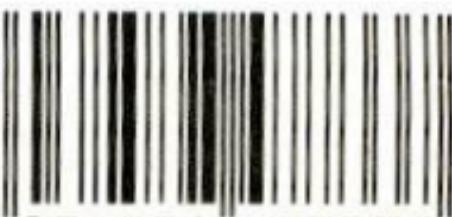
**28**

LOT : 604  
PER : 10/22  
PPV : 180,00 DH

**Solupred® 20mg**

200 ml e

Pharmalife  RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 190740

À consommer  
avant le: 11/2022

PPC: 79,00 DH