

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-498418

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9416

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : i GHI OLIER HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661976122

Total des frais engagés : 13638 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/19

Nom et prénom du malade : i GHI OLIER YASSINE Age: 14 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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'atté de la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

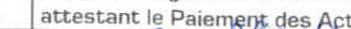
Fait à : MARAKESH

Le : 13/12/19

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
18/12	CD		GHT	INP : 091026916
	visite clinique (Fiche de 10) 100,00			
19/12	Drs. El Hattasen		100,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18.12.19	Bx AM 5	199,20
	02.1.20	Bx AM 5	199,20

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
ODOF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



## ORDONNANCE

Date : 18/12/19

B.O : AR / N° 0001765

Nom & prénom : Dr. Ighiouer Yasmine

11 30,00 NO-Dolfen 400g  $\frac{30,00}{60,00} \times 2$   
11 30,00 Icpa 3g  
No Dolfen 200g  $\frac{23,50}{47,00} \times 2$   
Icpa 3g  
Colchicine 1mg  
1/2 g  
Solupred 20g  $\frac{58,40}{165,40}$

Signature et cachet du Médecin



## ORDONNANCE

Date : 08/01/2020

B.O : AR / N° 0001766

Nom & prénom : Dr Ighirier Yamna

VS- CRP

MF 801g



Signature et cachet du Médecin

مصحة الأطلس الكبير  
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le :

18/12/19

Ighiouer

Yassine

— 14 ans.

— Suivi de pénicardite

CRP - VS



Ordonnance وصفة

Marrakech, le :

19/12/19

Ighisien

Yasmine

— 14 ans

— Penicardite récidivante  
L'allure idiopathique

Echo Cardiogramme  
Cardiologie



Dr. EL HATTABOURI MASTAPA  
Cardiologue  
Professeur  
CHU Mohammed VI Marrakech

CLINIQUE GRAND ATLAS

F A C T U R E

N° 21 899 / 2019 du 19/12/2019

		Entrée	Sortie
Nom patient	IGHIOUER YASSINE	19/12/2019	19/12/2019
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>400,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. EL HATTAOUI (cardiologue)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>400,00</b>

**Total général 800,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

	Espèces	Total encaissé	Solde
Encaissements	800,00	800,00	0,00

مصحة الأطلس الكبير  
Clinique Grand Atlas  
38 Lot. Jawhar 2 Targa Marrakech  
CNSS:9930258 PATENTE:45127800  
IF:14443011-ICE:001695349000071  
Tél: 0524393900 - 05127800  
0524393900 - 05127800



**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- INP : 073002222
- DGER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7
- جامعة الصيدلة بباريس VI
- ملحق سابق بمستشفيات باريس

**FACTURE N°:138650049**

**MARRAKECH LE : 18/12/2019**

**Nom et Prénom : IGHIOUER Yassine**

**Prescripteur :**

**Référence : 181219 049**

**BILAN :**

VS B 30 + CRP B 100 +

**MONTANT NET : 199,20 DHS Soit 130 B**

Cent quatre-vingt dix neuf Dh et vingt cts

**LABORATOIRE  
TENSIFT**  
ANALYSES MEDICALES  
Dr. ZRIOUIL Abdellah  
Quartier EL Ghoul  
Route de Targa Marrakech  
Tél: 05 24 44 68 05 - Fax: 05 24 43 89 28



**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- INP : 07 300 2222
- UFR de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7
- جامعة الصيدلة بباريس VI
- ملحق سابق بمستشفيات باريس

FACTURE N°:138860066

MARRAKECH LE : 08/01/2020

**Nom et Prénom : IGHIOUER Yassine**

**Prescripteur :**

Référence : 080120 066

**BILAN :**

VS B 30 + CRP B 100 +

**MONTANT NET : 199,20 DHS Soit 130 B**

Cent quatre-vingt dix neuf Dh et vingt cts





**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلاني إنجيئري

شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7

جامعة الصيدلة بباريس 6

ملحق ساقية بمستشفيات باريس

**Monsieur IGHIOUER Yassine**

Dossier No 1812 049 du 18/12/2019 à 12h21

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur

Date de naissance : 01/09/2005

Résultats complets

Page : 1 / 1

### HEMATOLOGIE

#### VITESSE DE SEDIMENTATION

Après une heure.....	7	mm	(N : 2 à 10)	04/12/19 : 19
Après deux heures.....	14	mm	(N : 8 à 20)	04/12/19 : 38

### BIOCHIMIE

PROTEINE C REACTIVE.....	8	mg/l	(N : 0 à 5)	04/12/19 : 66
(Dosage réalisé en turbidimétrie)				

Dr ZRIOUIL Abdellah

**LABORATOIRE  
TENSIFT**  
D'analyses médicales



ختام  
الطب  
الطبية  
للتسلية

**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

دكتور عبد الله زريويل

بدلي إيجائي

شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس ٧

جامعة الصيدلة بباريس ٦

ملحق سابق بمستشفيات باريس

**Monsieur IGHIOUER Yassine**

Dossier No 0801 066 du 08/01/2020 à 16h41

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur

Date de naissance : 01/09/2005

Résultats complets

Page : 1 / 1

**HEMATOLOGIE**

**VITESSE DE SEDIMENTATION**

Après une heure.....	2	mm	(N : 2 à 10)	18/12/19 : 7
Après deux heures.....	7	mm	(N : 8 à 20)	18/12/19 : 14

**BIOCHIMIE**

PROTEINE C REACTIVE..... (Dosage réalisé en turbidimétrie)	< 5	mg/l	(N : 0 à 5)	18/12/19 : 8
---	-----	------	-------------	--------------

Dr ZRIOUIL Abdellah

