

# 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.

## Pathologie 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

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- 064659

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 279 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENNAKHLUF Rachid  
 Date de naissance : 29/03/54  
 Adresse : 294 ANAKHIL II NAKHIL Sud AK  
 Tél. : 0661311629 Total des frais engagés : 239,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rachid Belmakhoulf Age : 67

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RCH

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 : Fait Le : 22/02/2021

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
21/01/21			G	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/01/21	BxP	239,40

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div>           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div>           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CLINIQUE  
INTERNATIONALE  
MARRAKECH**

**المصحة الدولية  
لمراكش**

RTE DE L'AÉROPORT.  
BAB IGHLI 40000  
MARRAKECH  
TÉL. : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
FAX : 05 24 44 40 42

طريق المطار، باب إغلي  
40 000 مراكش  
الهاتف : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
الفاكس : 05 24 44 40 42

ANESTHESIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GENERALE  
ET INTERVENTIONNELLE  
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHETIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NEPHROLOGIE  
CHIRURGIE VISCERALE  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE  
HEMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PEDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE  
PNEUMOLOGIE  
RADIOLOGIE

**SERVICE RADIOLOGIE**

0524 369 600

**SERVICE CONSULTATIONS**

0666 643 837

**SERVICE PRISE EN CHARGE**

0673 961 316 ET 0662 854 677

**SERVICE FACTURATION**

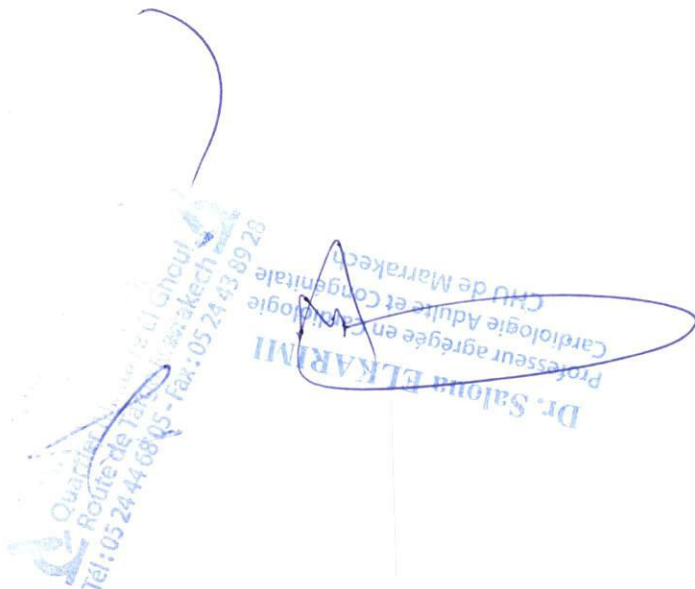
0662 852 953

MARRAKECH LE ..21.01.21.....

*n° Belmakhlouf Rachid*

*1 - Ac urique -*

*2° - GAT / Hb gly.*



CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM



**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

▪ CES de biologie Faculté de Médecine Paris V

▪ IFR de Pharmacologie Paris VI

▪ Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

صيدلي إحيائي

▪ شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V

▪ جامعة الصيدلة باريس VI

▪ ملحق سابقاً بمستشفيات باريس

FACTURE N°:142660021

MARRAKECH LE : 22/01/2021

**Nom et Prénom : BENMAKHOLOUF RACHID**

**Prescripteur : Dr. EL KARIMI SALOUA**

**Référence : 220121 021**

**BILAN :**

AU B 30 + G B 30 + HBA1 B 100 +

**MONTANT NET : 239,40 DHS Soit 160 B**

Deux cent trente neuf Dh et quarante 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**

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V
- جامعة الصيدلة باريس VI
- ملحق سابقا بمستشفيات باريس

**Monsieur BENMAKHLOUF RACHID**

Dossier No 2201 021 du 22/01/2021 à 10h53

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur EL KARIMI SALOUA

Date de naissance : 29/03/1954

Résultats complets

Page : 1 / 1

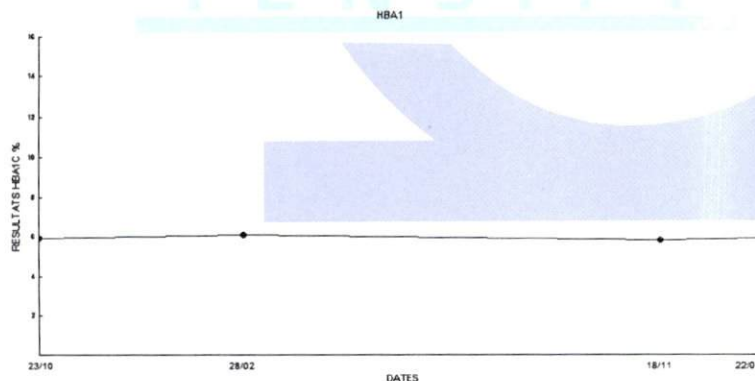
**BIOCHIMIE**

<b>ACIDE URIQUE</b> .....	<b>79,77 mg/l</b> (N : 30 à 70)	28/02/20 : 70.
(Méthode uricase PAP)	475 $\mu$ mol/l	
<b>GLYCEMIE A JEUN</b> .....	<b>1,01 g/l</b> (N:0.70 à 1.10)	18/11/20 : 0.94
(Methode glucose PAP)	5,61 mmol/l	
<b>H.B.A.1.C</b> .....	<b>5,9 %</b>	
(TOSOH HLC-GX)		
	(Normale : de 2.5 à 6)	
	(Diabète équilibré : 6 à 7)	
	(Diabète déséquilibré : >7)	

**REMARQUE :**

analyse à interpréter en tenant compte d'un C.V. intersériel de 3%

**Selon les recommandations ANAES, un dosage de microalbuminurie est préconisé au moins une fois par an sur urines du matin.**



Dr ZRIOUIL Abdellah