

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

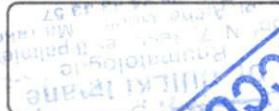
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

ND N° W21-633504

76322

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1086	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KERROUAI AHMED			
Date de naissance : 01-01-1948			
Adresse : MARRAKECH			
Tél. : 0615918547	Total des frais engagés : 693,00	Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	26/10/2011	Age :	56
Nom et prénom du malade :	Kerrouai Ahmed		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Polyarthralgie		
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 : 19/11/2011

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/10/2011

R. A. D.

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 INP : 9711921883
24/05/2011 CS			250,00 DH	<i>G</i>
03/06/2011 CS				<i>C V</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL HAYA N° 307 Hay Al Massira Marrakech Tél: 0524545581	03-06-2011	363,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie et Laboratoire du Pont P ZEL QUDHIRI Hay Al Massira 1 Lot D 66 - Q1 Marrakech - Tél: 0524545581	29/05/2011	Pont	10,00
Pharmacie et Laboratoire du Pont P ZEL QUDHIRI Hay Al Massira 1 Lot D 66 - Q1 Marrakech - Tél: 0524545581	29/05/2011	Pont	10,00
INP : 073002230 ICE : 001555209000075			

AUXILIAIRES MEDICAUX

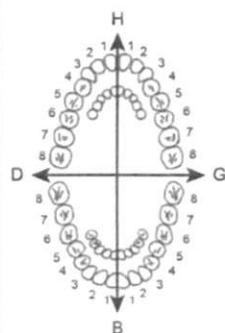
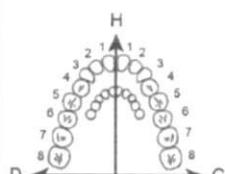
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	00000000	00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
B	35533411	11433553	<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
G			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Rhumatologue

دكتور إيمان أولي

دكتورة في الأمراض الرئية (العظام والمفاصل والعمود الفقري)

Ancien interne du CHU Mohammed VI - Marrakech

الجامعة محمد السادس - مراكش

Ex-praticienne à l'Hôpital Militaire Avicenne

ابن سينا

Diplôme Universitaire d'échographie ostéo-articulaire - Rabat

دكتور المفاصل بالصدى - الرباط

Marrakech, le : 05 JUIN 2021

مراكش في:

M. KERROUM Ahmed



226.00
Pharmacie AL INARA
Hay Al Inara N° 367
Marrakech
Tel. 05 24 43 55 81

1) Agellj lematen pdt 20
2) Maalox : 1 sachet x 21 j pdt 05

32.00

3) Sorelamine : 1 sachet x 31 j pdt 01 mds

105.00

363.00

Pharmacie AL INARA
Hay Al Inara N° 367
Marrakech
Tel. 05 24 43 55 81

05 24 43 43 57 : زنة ابن عاشة جليز - مراكش - الهاتف
Appt. N° 7 - Résidence les 8 palmiers - Rue Ibn Aïcha - Guéliz
Tél : 05 24 43 43 57 - ouilkimal

Lot/Batch:
Fab./mfg.:
Exp.:

PPV : 1230-19
PER : 11/2022
PPC : 105.00 dh





د. إيمان ولكي

Rhumatologue

Dr. Imane OUILKI

طبيبة مختصة في الأمراض الرئية (العظام والمفاصل والعمود الفقري)

Ancien interne du CHU Mohammed VI - Marrakech

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الجامعي محمد السادس - مراكش

Ex-praticienne à l'Hôpital Militaire Avicenne

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا

Diplôme Universitaire d'échographie ostéo-articulaire - Rabat

دبلوم جامعي في تشخيص أمراض المفاصيل بالصدى - الرباط

Marrakech, le : مراكش في:

24 MAI 2011

M. KERROUM Ahmed

ا) VS , Audiogram

د. ولكي إيمان
Dr. OUILKI Imane
Rhumatologue
Rue Ibn Aïcha 8 les palmiers
Tél. 05 24 43 43 57 - Marrakech

مختبر القنطرة
Pharmacie et Laboratoire du Pont
F Z EL OUDGHIR; Hay Al Massira 1 Lot D 66
Marrakech Tél +212 24 74 11 01

LABORATOIRE LE PONT D'ANALYSES MEDICALES

Docteur EL OUDGHIRI FATIMA ZOHRA

MARRAKECH le: **29/05/2021**

FACTURE N° 46346/2021

Médecin	Docteur OUILKI
Nom du patient	MR KERROUM AHMED
Examens	- VS- AU
Cotation	B 44 + PC10
Montant	70,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SOIXANTE-DIX DIRHAMS

صياغة و مختبر القنطرة
Pharmacie et Laboratoire du pont
F.Z EL OUDGHIRI
Hay Al Massira - Lot D66 Q.s.
Marrakech: Tél: 05.24.34.37.11 -- Fax: 05.24.49.48.43

مختبر القنطرة للتحاليل الطبية LABORATOIRE LE PONT D'ANALYSES DE BIOLOGIES MÉDICALES

**LE PONT****DR. Fatim Zohra EL OUDGHIRI**

Biologiste

Ex. Attachée de C.T.S de Montpellier
Ancien Attachée des Hôpitaux de Nîmes et BéziersC.E.S : Immunologie - Hématologie - Parasitologie
Mycologie - Bactériologie - Virologie - BiochimieHay El Massira I, Lot D 66 - Q.I (à côté du AWB) - Marrakech
Tél : 05 24 34 37 11 - Fax : 05 24 49 48 43
CNSS : 2129577 - IF : 69734219 - Patente : 46215800
R.C : 46054 - ICE : 001555209000075

Prélèvement du : 29/05/2021

Résultats édités le: 29/05/2021

Prescripteur: Docteur OUILKI

MR KERROUM AHMED

Dossier N° 21E1094

Page: 1/1

VITESSE DE SEDIMENTATION

1ère Heure.....	70	mm	N: < 20 mm
2ème Heure.....	105	mm	N: < 40 mm

BIOCHIMIE SANG

Valeurs de référence

ACIDE URIQUE.....	68,60	mg/l (*)	20,00 à 60,00 mg/l
	408,17	µmol/l	119,00 à 357,00 µmol/l

Total de pages: 1

صيدلية مختبر القنطرة
Pharmacie et Laboratoire du Pont
F Z EL OUDGHIRI
Hay Al Massira I, Lot D 66, Q.I.
MARRAKECH - Tél : 05 24 34 37 11