

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 ALÇ :

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° M20- 0000013

96244

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 002054 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse :

Tél. : 06 11 77 44 77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
82, Av. Hassan II Marrakech
Tél 05 24 43 65 62

Date de consultation : 26/11/2024

Nom et prénom du malade : DEBBAGH Mohamed

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur épaule

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/11/21	26	1	250	
30/11/21	26	1	150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		116,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/11/21	Ra F-paul F R F R F	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 <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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Nouzha EL BAROUDI

Diplômée de la Faculté de Médecine* de Paris

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, Articulations, Tendons, Muscles, Rachis

C.E.S. de Biologie et Médecine du Sport

C.U. de Podologie

82, Avenue Hassan II - Marrakech

Tél. : 05 24 43 65 62

: 05 24 43 22 48

Fax : 05 24 43 01 73

الدكتورة نزهة البارودي

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

و الطب الرياضي

82، شارع الحسن الثاني - مراكش

الهاتف : 05 24 43 22 48 :

: 05 24 43 65 62

الفاكس : 05 24 43 01 73 :

Marrakech, le : 26.11.2021

Mr DEBBAGH Mohamed

56,60
DIPROSTENE

1 boîte a rapporter

Pharmacie Hôpital Militaire
Marrakech - Dr. Touhami Abderrahmane
N 3 Rue du Général de Gaulle
Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 93 16
ICE : 002163921000046



60,00 DH
Dr. Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
82, Av. Hassan II - Marrakech
Tél : 05 24 43 65 62

Dr. Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
82, Av. Hassan II - Marrakech
Tél : 05 24 43 65 62

Dr. Nouzha EL BAROUDI

Diplômée de la Faculté de Médecine* de Paris

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, Articulations, Tendons, Muscles, Rachis

C.E.S. de Biologie et Médecine du Sport

C.U. de Podologie

82, Avenue Hassan II - Marrakech

Tél. : 05 24 43 65 62

: 05 24 43 22 48

Fax : 05 24 43 01 73

الدكتورة نزهة البارودي

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

و الطب الرياضي

82، شارع الحسن الثاني - مراكش

الهاتف : 05 24 43 22 48 :

05 24 43 65 62 :

الفاكس : 05 24 43 01 73

Marrakech, le :26.Novembre.2021.....

Mr DEBBAGH Mohamed

RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE

FACE EN RE+ RI

radiographie de l'épaule gauche

Pr. Toufik ZIOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hopitaux de France
ancien Radiologue des Hopitaux des FAR
RES. KOUJUBIA II, 85 Avenue MED V1, MARRAKECH
Tél : 05 24 434 242 / Fax 05 24 435 885
(1)

Dr Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
82, Av. Hassan II Marrakech
Tél 05 24 43 65 62



مركز فيكتور هيكو للفحص بالأشعة CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO

Centre
Victor
Hugo

SCANNER 16 BARETTES 3D 4D (6 C/T) - ANGIO-SCANNER-PONCTION BIOPSIE SCANNOGUIDÉE-ARTHROSCANNER
INFILTRATION SCANNOGUIDÉE - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - NEURO/BODY PERFUSION
RADIOLOGIE GENERALE-PANORAMIQUE DENTAIRE - ECHOGRAPHIE-DOPPLER VASCULAIRE VEINEUX ET ARTERIEL- MAMMOGRAPHIE

29/11/2021

Nom et Prénom : DEBBAGH MOHAMED
Age : 70 ans
Médecin Traitant : Dr. EL BAROUDI NOUZHA

RX EPAULE G : F EN RE RI

RESULTAT :

- ♦ Absence d'anomalie de la trame ni de la morphologie des pièces osseuses scapulaires visibles sur les incidences réalisées.
- ♦ Intégrité des articulations gléno-humérale et acromio-claviculaire.
- ♦ Espace sous acromial libre.

Merci de votre confiance

Confraternellement
Pr. Ass. T. ZIOUA

*Nous avons le plaisir de vous annoncer l'installation d'un Scanner NEUSOFT
64 barrettes avec réalisation des coro -scanners au sein de notre centre.*

Pr. T. ZIOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hopitaux de France
ancien Radiologue des Hopitaux des FAR
RES. KOUTOUBIA II - B 4 AV. MOHAMMED VI - MARRAKECH
Tél : 05 24 434 242 / Fax : 05 24 435 885
(1)

إقامة الكتبية 2، «ب» رقم 4 شارع محمد السادس - مراكش (بين مؤسسة الهلالي و إعدادية للامريم الطابق الأرضي)

Rés. koutoubia II . B 4 AV. Mohammed VI - Marrakech - (Entre établissement hilali et lycée lala Meriem Rez de chaussée)

Tél : 05 24 43 42 42 - fax : 05 24 43 58 85 - www.radiologie-victorhugo.new.ma

STE GESTION AL WIAM . ICE : 001576669000036. TP : 45195131 . IF : 18752001 . RC : 73241 . CNSS :4814457

CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO

Rés koutoubia B 4 Av Mohammed VI - Marrakech
Tél. 05 24 43 42 42/ Fax 05 24 43 58 85

021076534



FACTURE

N° 10 155 / 2021 du 29/11/2021

Nom patient : DEBBAGH MOHAMED

Entrée 29/11/2021

Prise en charge : PAYANT

Sortie 29/11/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RX EPAULE G RI + RE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Frais Clinique				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

Total 200,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	200,00				200,00	0,00

Pr. Toufig ZIOU
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hopitaux de France
Ancien Radiologue des Hopitaux de France
RES, KOUTOUBIA B 4 AV MOHAMMED VI - MARRAKECH
Tél : 05 24 43 42 42 / Fax : 05 24 43 58 85
(1)