

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.

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° W21-666402

courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4184	Société : RAM	ND 952	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	107
Nom & Prénom : HASSOUNI Khamar			
Date de naissance : 21/07/1936			
Adresse 25R de Lyline - Agadir			
Téléphone : 0661128010	Total des frais engagés : 640,90 Dhs		

Authorisation SNPD N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Abdeljalil EL BAROUDI Cardiologue Rue Mauritania - Marrakech Tél. : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 03			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 15.11.2021			
Nom et prénom du malade : Hassouni Zohra Age : 82			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypertension Artérielle			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/11/2021

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-666402	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 4184
 Nom de l'adhérent(e) : Hassouni
 Total des frais engagés : 640,90
 Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
16.11.2021	CS	K4,5	300,00	071048284 INP.
22.11.2021	ECG			Dr. Abdeljalil El BAROUD Cardiologue Rue Mauritania Marrakech Tel: 05 24 42 01 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/09	Montant de la Facture Kfm 16, Route de Melhemes Centre Oued El Jaffar Meknès - Tel : 05 24 32 20 02 DI: MOHAMMED MASSAWI

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

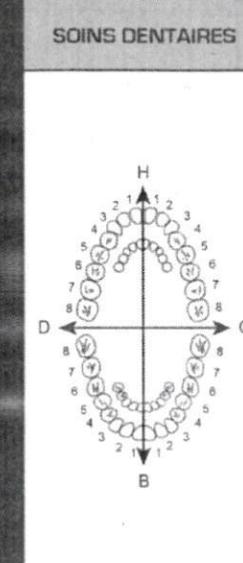
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>
Determination du coefficient masticatoire				
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="text"/>				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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرايين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp : 06 66 41 66 16

INPE : 071048284

E.C.G, HOLTER-E.C.G

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

HOLTER TENSIONNEL

Marrakech le 16.14.2021

N° : E.44.07

Mme Zahra SABRI épouse HASSOUNI

Conseils et recommandations : régime peu salé.

85.7e DEROXAT 20

un demi comp le soir

131.50 TAREG 80

un comp le matin avant le petit déjeuner

69.40 AMLOR 5 ou AMEP 5

un comp le matin avant le petit déjeuner.

2h.22 SINTROM

selon le taux d'INR

Contrôle impératif tous les mois du Taux de Prothrombine - INR.

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

56.30 D - CURE : 25 000 u

une ampoule buvable par un mois sans interruption.

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue
Rue Mauritania Marrakech
Tél : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83
ICE : 001590568000056

زنقة موريطانيا - جليز مراكش - 40 000

DEROXAT

Paroxétine
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

Composition :

Un comprimé pelliculé contient 20mg de paroxétine (sous forme de chlorhydrate de paroxétine hémihydraté).



Lot:
Exp:

118001 140237
6 |||

D.647532
PPV:83,70 DH
Région de Rabat
Ain El Aouda
GlaxoSmithKline Maroc

Voie orale.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**



Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace
- la femme enceinte sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

02 2024
633C



TAREG® 80 mg

Comprimés pelliculés

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :
Voie orale

TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احذر من المتناول المعرضة

لأنها أ بضرف فقط بوجب وصلدة طبية

**Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
au Maroc: صاحب الرخصة**
Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni.
Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.
Fabricant: يصنع من طرف
Novartis Pharma Stein AG,
Schaffhauserstrasse CH-4332 Stein - Suisse
Novartis Farmaceutica SA. Ronda de Santa Maria,
Barbera del Vallès Barcelona, Espagne



**EXP
LOT**

1109371-
A19-MA

**01 2023
BPP28**

1752



PPV
Exp ..
N° Lot :

351308
11/18

20/00

احترم مدة المقادير المسموينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم 4 ملغ
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE®
pharmaceuticals
Sintrom® est une
marque déposée,
propriété des Laboratoires
Juvisé Pharmaceuticals

Medius AG
Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC
20 - 22, Rue Zoubeir bnou EL Aouam
Roches Noires
20300 - Casablanca

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

149



الدكتور عبد الجليل البارودي
اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرايين
Dr Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue

E.C.G, HOLTER-E.C.G .
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE
HOLTER TENSIONNEL

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83
Whatsapp : 06 66 41 66 16
INPE : 071048284

Note d'honoraires :

Je soussigné Dr Abdeljalil EL BAROUDI, certifie avoir examiné ce jour à mon cabinet Mme Zohra HASSOUNI, avoir pratiqué un électrocardiogramme (ECG : K6.5) 12 dérivations et avoir perçu pour honoraires la somme de trois cents (300DH).

Marrakech le 16.11.2021

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue
Rue Mauritania - Marrakech
Tél. 05 24 43 02 86/05 24 43 11 83

27

ICE : 001590568000056

زنقة موريطانيا - جليز مراكش - 40 000
Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech - 40 000