

## 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° W21-721518

*Conseil*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>248</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Boutou boujemaa</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1936</b>			
Adresse : <b>Hay el bahja Hay el Hassoui 440 marrakech</b>			
Tél. : <b>0594395332</b> Total des frais engagés : <b>186177</b> DHS			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>الدكتور حسن التوي</b> <b>INP : 071062517</b> <b>المخصص في العيادة العامة</b> <b>بـ 4 حمامة التغيل 1 شارع يعقوب المنصور</b> <b>مراكش جلوز الهاتف: 05 24 44 97 00</b>	
Date de consultation :	<b>28/7/2022</b>
Nom et prénom du malade :	
<b>B A N T O U B O U S A Y A H</b> Age : <b>1/1/1936</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
<b>Dental caries</b>	
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 :	<b>marrakech</b>
Signature de l'adhérent(e) :	<b>John</b>
Le : <b>28/07/2022</b>	

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-721518
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
<p><i>جبل طارق</i></p> <p><i>دكتور عبد العزيز بن عيسى</i></p> <p><i>الدكتور عبد العزيز بن عيسى</i></p> <p><i>AA INP: 071062517</i></p> <p><i>05 24 14 97 00</i></p> <p><i>بروكتر جبل طارق</i></p>				

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie AL BAHJA</b> Dr BENGHAZALA SOAD Tel: 05 24 34 54 00 Douver el Karar City Al Baha Marrakech 072004013</p>	28/07/2022	76,50

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. H. H. H.</i>	20/07/2022	DR. H. H. H.	110,-

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Hassan ETTAQI

Spécialiste en Chirurgie Générale

Ancien Interne du CH Meaux France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux

Echographie Générale

الدكتور حسن التقى

اختصاصي في الجراحة العامة

طبيب داخلي للمركز الصحي مو بفرنسا

طبيب جراح للمستشفيات سابقاً

الفحص بالصدى الصوتي

28 JUIL 2022

Marrakech, le :

مراكش في :

Mr BAITOU BoujAMAL

76,50 - Nalgin 300 1B(30)  
1 cap x 30 → 12 caps (exhaler)

- Profen 500 mg 1 tab R  
3 capsules / -

- Diels 500 mg 100 100  
100 mg / ~ 100 mg . الدكتور حسن التقى  
صيدلية الباشا  
Dr BENGAZALA SOAD  
Doux, tel 05 24 44 97 00  
Apot. reçu sous réserve Cite Al Bajia Marrakech  
INP : 07106517  
الدكتور حسن التقى  
4 بـ عاصمة  
مراكش جزء من المراكش  
35 24 44 97 00  
05 24 44 97 00

ب، 4، عمارة النخيل، شارع يعقوب المنصور، جليم مراكش

B 4, Imm. Nakhil, Av. Yacoub El Mansour, Guéliz, Marrakech - Tél.: 05 24 44 97 00

Patente : 45301552 - IF : 69103340 - CNSS : 2634906 - ICE : 001632243000031

# Nalgesic®

Fénopropfène

**300 mg**

36 Comprimés pelliculés

Voie orale



<input type="checkbox"/>				
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
42				



LOT  
EXP  
PPV

213330  
12 2024  
76.50

سوطیما  
Nithem 2

**Docteur Hassan ETTAQI**

Spécialiste en Chirurgie Générale

Ancien Interne du CH Meaux France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux

Echographie Générale

**الدكتور حسن التقى**

اختصاصي في الجراحة العامة

طبيب داخلي للمركز الصحي مونفرونسا

طبيب جراح للمستشفيات سابقا

الفحص بالصدى الصوتي

**27 JUIL 2022**

Marrakech, le : ..... مراكش في :

**Hs BAITO Boujemaa**

Douleur dorsale surtout  
dans dos droit. pour Blocage  
et paraffine importante.

**Tell Thorecien**

DR. MICHAEL JALAL  
Radiologue  
Professeur Agrégé  
INPE : 071210504  
Jawher 2 Targa - Marrakech  
36100 Marrakech  
الدار البيضاء - GRAND ATLAS

**الدكتور حسن التقى**

NIP : 011062517

اختصاصي في الجراحة العامة  
بعملة التشخيص + زراعة العظام  
مراكش جليز للتشخيص 05 24 44 77 44

ب، 4، عمارة التخييل، شارع يعقوب المنصور، جليم مراكش

B 4, Imm. Nakhil, Av. Yacoub El Mansour, Guéliz, Marrakech - Tél.: 05 24 44 97 00

Patente : 45301552 - IF : 69103340 - CNSS : 2634906 - ICE : 001632243000031



Marrakech, le 27/07/2022

Nom et prénom : Mr BAITOU BOUJAMA

Médecin prescripteur : Dr ETTAQI

### SCANNER THORACIQUE

#### Technique :

Examen réalisé sans injection de produit de contraste.

#### Résultat :

- Les deux poumons sont distendus siège d'un emphysème centro lobulaire diffus.
- Foyer de Dilatation de bronche cylindrique du LSG.
- Epaississement septal avec image de condensation du segment apical du LSG présentant des prolongements spiculés
- Aspect normal des gros vaisseaux.
- Pas d'adénomégalie médiastinale.
- Absence d'épanchement péricardique.
- Surrénales normales.
- Sur la fenêtre osseuse :
- Absence de lésion osseuse suspecte.
- A signaler une cyphoscoliose doso lombaire avec arthrose dorsale et angiome vertébrale de D7.

#### Conclusion :

- Emphysème pulmonaire bilatéral diffus associé à un foyer de DDB et une image stellaire avec épaississement septal du LSG. (a comparer aux anciens examens)
- cyphoscoliose doso lombaire avec arthrose dorsale et angiome vertébrale de D7.

Dr Hicham JALAL  
Praticien Radiologue  
INPE : 011210504  
CLINIQUE GRAND ATLAS  
38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech