

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° W19-436213

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) RAH

Matricule : 4184 Société : R.A.H.

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : HASSOUNI Khamar

Date de naissance : 21/5/36

Adresse : 25 Rue de l'Hygiène Agadir

Tél. : 212 6117820 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21. 10. 2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : RAH

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-436213

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	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/10/19	CGT/65	Dr. Abdeljalil EL BAROUDI Cardiologue Rue Mauritania - M... Tél: 05 24 42 00 00	300 -	INP : 071048284

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHLYAH SAMIA PHARMACIE WIDANE (PP) DR ZAHMINATE ROUTE BEN SASSI MARRAKECH Tél : 05 24 32 26 26 RC : 95080 - Patente : 53099037	21.11.19	755,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

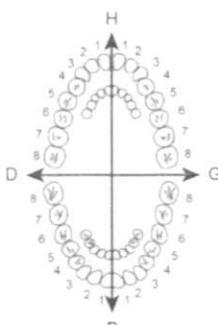
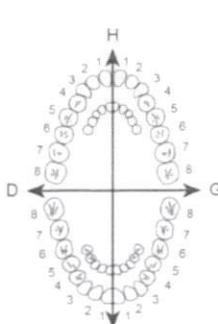
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HISTORIQUE

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et quant 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 : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	(Création, remont, adjonction) 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

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

Fax : 05 24 43.89.26

GSM : 06 66 41 66 16

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip Inj b1 ser
0,5 ml

P.P.V : 72,80 DH

5 118001 080748

Marrakech le 21.10.2019

N° D.57.08

M. Khamar HASSOUNI

$$136,60 \times 5 = 683,00$$

AMLOR 5 (boite de 58)
un comp matin et soir



Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

Avancer le rendez-vous en cas de complications. Ne pas hésiter à téléphoner en cas de nécessité.

72,80

VAXIGRIP

CHLYAH SAMIA
PHARMACIE WIDANE (PPI)
DR. LAHMINATE ROUTE BEN SASSI
MARRAKECH
Tél : 05 24 32 25 26
RC : 95886 Patente : 58099037



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

755,80

37

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LSD 56

5mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM-LSD® 5mg

UT.AV :

20

P.P.V.

LOT N° : 126 / 175

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LSD 56

5mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM-LSD® 5mg

UT.AV :

20

P.P.V.

LOT N° : 126 / 175

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM洛® 5mg

UT.AV :

20

P.P.V.

LOT N° : 1261175

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LSD 56

5 mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM-LSD® 5mg

UT.AV :

20

P.P.V.

LOT N° : 126 / 175

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LSD 56

5mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM-LSD® 5mg

UT.AV :

20

P.P.V.

LOT N° : 126 / 175

136,60

09366130/3

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

Fax : 05 24 43.89.26

GSM : 06 66 41 66 16

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

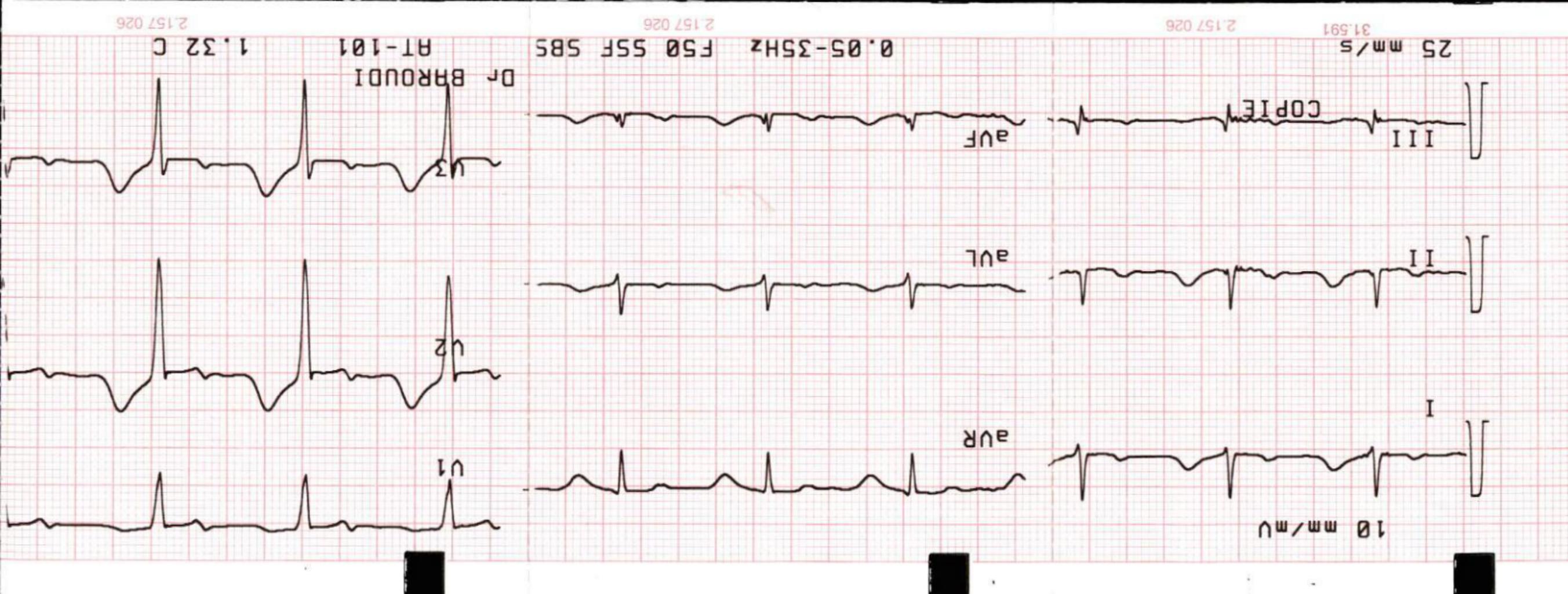
Note d'honoraires :

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

Marrakech le 21.10.19

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

29



10 mm/mV



V4



V5



V6

Lu 21-OCT-19 12:31:20

2.157 026

COPIE

Nom pat.: hassouni

khamar

No pat. :

149/22

No réf. :

150/70

Né:

Age:

Ethnie: M

Taille: cm

Poids: 86 kg

TA: mmHg

Méd:

Dr BAROUDI

AT-101

1.32 C

31.591

2.157 026

FC: 77/min

Intervalles:

RR 782 ms

P 110 ms

PQ 236 ms

QRS 84 ms

QT 350 ms

QTC 398 ms

X

Axes:

P (II) 0.08 mV

P 43 ° S (V1) -0.73 mV

QRS 36 ° R (V5) 0.94 mV

T 33 ° Sokol. 2.44 mV

Lu 21-OCT-19 12:31:20

2.157 026