

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.

adiologie 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 ALC :

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 caractére 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

ND: 36966

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008877

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1135 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

ELLAKHIDI Abdellah Date de naissance : 01.01.1967

Adresse :

Réf. Avenue ENNAJDIM 22 N°233 Ave STENDHAL CASA

Tél. : 0522 25 11 79

Total des frais engagés : #12.91.10 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.7.2020

Nom et prénom du malade : ELLAKHIDI Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

Cardiologue

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 : CA/ABLANCA

Signature de l'adhérent[e] : Dr. EL BAROUJI

Le 21/07/2020

Cardiologue

38 Bd Rachid Nekkach Casablanca

Tel: 0522 47 60 77 / 0522 47 60 18

0522 47 60 8355

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|--|
| 21/07/2020 | Act + Ecco | D# B 50 | 1760.00/0522476010 INP 091048355 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 21.07.2020 | 941.40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Docteur Ilham ÉL BAROUDI
CARDIOLOGUE



- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

الدكتورة إلهام البارودي

- اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
- خريجة كلية الطب بباريس
- طبيبة ممارسة سابقاً بمستشفيات باريز
- دبلوم الفحص بالصدى والدوبلير
- عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو-دوبليير

Casablanca le : 21/7/2020

Elakhi di Abdelhame

Le peu je sa le

296,00 x 3 / 888,00

Ex forge 80/5
1/2 j.

Relaxium

1/2 a un

Al mag 0,5

1/2 dr en ce

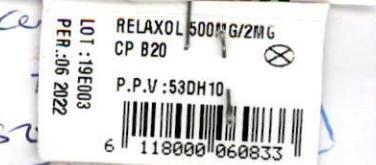
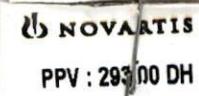
Relaxol 500

Et de 53,10

3 unis

941,10

Dr Ilham EL BAROUDI
 Cardiologue
 39, Bd. Rachidi, Casablanca
 Tél: 0522 476000 / 0522 476010
 M: 0522 048355



Cabinet de consultation et d'explorations cardiaques

38, Boulevard Rachidi ---- Casablanca ----

Tél.: 05 22 47.60.00 / 10 . Fax : 05 22 47.60.10 . E-mail : ilham_elbaroudi@yahoo.fr



PHARMACIE ACHRAF
Dr. SLIMANE Slimane

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :37356
Date :22/07/2020

Client :

| Désignation Produits | Quantité | P.V | Total |
|----------------------|----------|--------|--------|
| EXFORGE 5/80 MG COMP | 3 | 296.00 | 888.00 |
| RELAXOL COMP | 1 | 53.10 | 53.10 |

Total TTC = 941.10

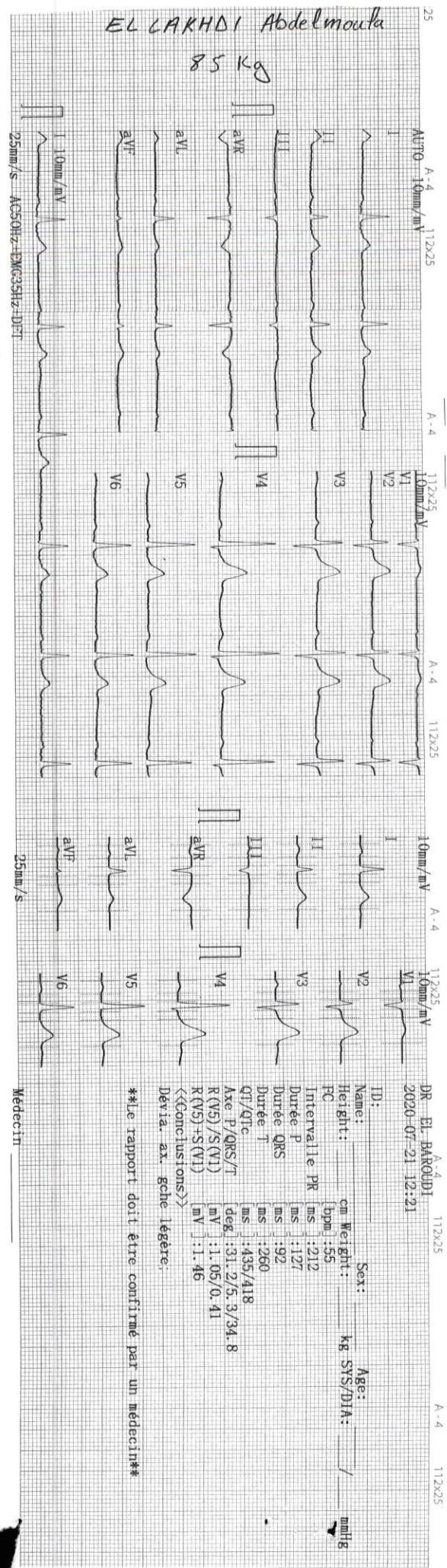
Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : NEUF CENT-QUARANTE-UN DHS 10 CTS

Bon rétablissement

442 RESIDENCE ANNAJD Angle Av Anwal et Av stendhal cite plateau CASABLANCA Tel:0522 98 97 63
Fax:0522 99 64 17 R.C :275144 - Patente:34712528 - I.F: 42205000 - CNSS: 6017736 - I.C.E: 000448700000012

EL CAKHDI Abdelmoula

85 kg



Le 21.7.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

| A remplir par le praticien | |
|---|--|
| Je soussigné: | Dr Hocine EL AROUDI Généraliste spécialisé en Cardiologie spécialisé en Diabète Tél: 0522281048355 Fax: 0522281048355 |
| Certifie que Mlle, Mme, M: Elakhdri Aïcha | |
| Présente | HTA Généraliste |
| Nécessitant un traitement d'une durée de: | |
| 3 mois à renouveler | |
| Dont ci-joint l'ordonnance: | |
| (A défaut noter le traitement prescrit) | |

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR HOCINE EL AROUDI
Généraliste
spécialisé en Cardiologie
spécialisé en Diabète
Tél: 0522281048355
Fax: 0522281048355