

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 radiols 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 plan de rééducation sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de maladie

N° W21-804517

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENHAYOUNE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-804517

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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												
					Coefficient des travaux											
					Montant des soins											
					Début d'exécution											
					Fin d'exécution											
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
	D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0015426	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		Cachet MUPRAS	



P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 629	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom Benhayoun		Phones	
Fonction Compta		Mail	
Prénom du patient Benhayoun Tonia			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Date Nature de la maladie Hypertension Artérielle S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Nature des actes C2 Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires gratuit		Date 1ère visite 16 MAI 2023 Dr. Abdelhamid EL BAROUDI Rue Mauritanie - Marrakech Tél: 05 24 42 02 86 95 43 11 83	
PHARMACIE Date Montant de la facture Signature et cachet du Pharmacien		ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients B709PC Montant détaillé des Honoraires 85,00 Date 17/05/23	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires CACHET		PHARMACIE - LABORATOIRE Dr. KHOURSAJ Abdelkader Angle Alla El Faid el Yacoub El Jambour - Marrakech Tél: 05 22 22 22 22	

LABORATOIRE MAJORELLE

Angle Allal El Fassi et Yacoub el Mansour

40000 MARRAKECH

Tel : 0524446469

Fax : 05.24.43.29.85

Dr Abelkader KHOURSSAJI

Patente: 45304037

INPE: 073002420

C.N.S.S: 2039932

ICE : 001628278000095

I.F : 69130648

IGR : 69130648

FACTURE : 318745

9A 33148

Nom et Prénom : Mme BENHAYOUN TOURIA

Prescripteur : Dr. EL BAROUDI ABDELJALIL

Référence : 170523 049

Date : 17/05/2023

BILAN :

HBA1 B 70 +

Soit 70 B

MONTANT NET : 85,00 Dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Quatre-vingt cinq Dh

Dr A.KHOURSSAJI

**PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSSAJI Abelkader
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tél: 05 24 44 64 69 Fax 05 24 43 29 85**



مختبر التحليلات الطبية ماجوريل

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAJORELLE

Angle Allal el Fassi et Yacoub el Mansour - Tél.: 05 24 44 64 69 - Fax : 05 24 43 29 85 - Marrakech
E-mail : laboratoire-majorelle@hotmail.fr / Web : www.laboratoiremarrakech.com

Dr KHOURSSAJI Abdelkader

Docteur en Pharmacie - Biologiste

Diplômé de la Faculté de Paris V

Diplômé de la Biologie de la Reproduction et A.M.P.

Université Paris DESCARTES

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF: 170523049

Medecin Dr. EL BAROUDI ABDELJALIL

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

CIN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 17/05/2023

Edité le: 17/05/2023

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

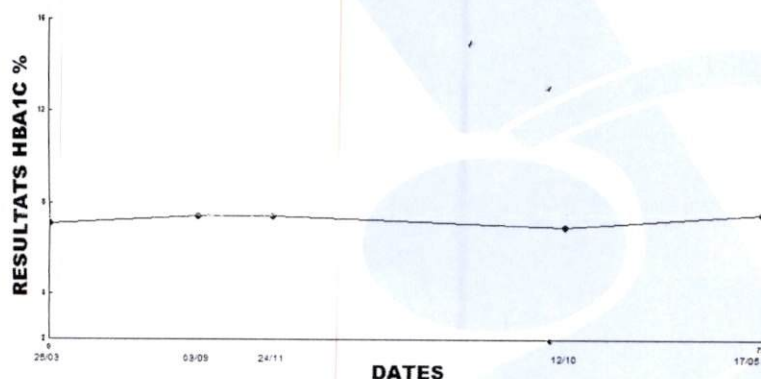
H.B.A.1.C **7,5** %
I.F.C.C **58** mmol/mol
(Technique HPLC-723GX)

12/10/22 : 6.9

12/10/22 : 52

INTERPRETATION

(Normale : 3.9 à 6.0 % - 19 à 42 mmol/mol)
(Diabète équilibré : 6 à 7 % - 42 à 53 mmol/mol)
(Diabète déséquilibré: > 7 % - > 53 mmol/mol)



PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSSAJI Abdelkader
Angle Allal el Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tél : 05 24 44 64 69 / 05 24 43 29 85