

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 la date d'entrée dans les séances 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 - Tel.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



DÉCLARATION DE MALADIE

N° W21-804517

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 479 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BENHAYOUNE | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | Total des frais engagés : | | |
| Dhs | | | |

16436

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 : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : | |



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-804517

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | |
|--|--|---|---------------------------|---------------------------|--|--|
| DROITE 11 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 23 24 25 26 27 28 GAUCHE 22 21 20 19 18 17 16 15 | | | | | Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution | |
| BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 GAUCHE 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | | |
| DROITE 11 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 23 24 25 26 27 28 GAUCHE 22 21 20 19 18 17 16 15 | | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution |
| BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 GAUCHE 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | |

| VOLET ADHERENT | | NOM : | |
|---|----------------|------------------------|--|
| 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 | | | |

| Mme | |
|----------------------|--|
| Cachet MUPRAS | |

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 699 | par comis |
|--|---|--|---|
| Nom & Prénom Ben Haycen | | Signature de l'adhérent | |
| Fonction clerc | Phones | | |
| Mail | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient Ben Haycen Tonka | | |
| 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 grâlab |
| PHARMACIE | | Date | |
| Montant de la facture | | Signature et cachet de Pharmacien | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 17/05/23 | | | |
| Désignation des Coefficients B709PC | | Montant détaillé des Honoraires 85,00 Dhs | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX Date | | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| PHARMACIE - LABORATOIRE MAJORElle Dr. KHOURSSAT Angela Alali El Faouzi Yacoub El Mansour - Marrakech CACHET | | | |

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 التحاليل 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

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

CIN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 17/05/2023

Édité le: 17/05/2023

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF: 170523049

Medecin Dr. EL BAROUDI ABDELJALIL

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

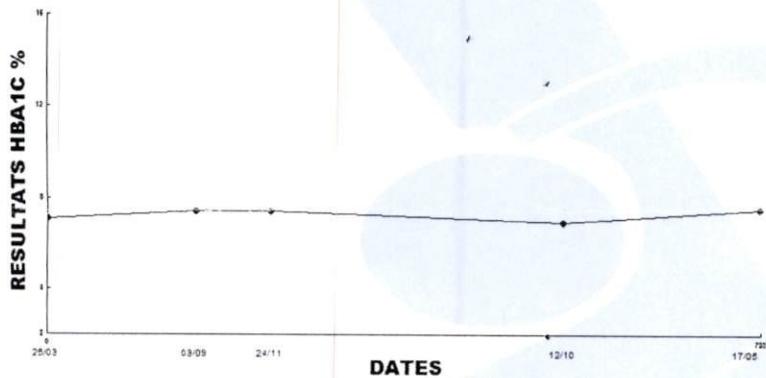
ANTECEDENTS

| | | | |
|-----------------|-----|----------|----------------|
| H.B.A.1.C | 7,5 | % | 12/10/22 : 6.9 |
| I.F.C.C | 58 | mmol/mol | 12/10/22 : 52 |

(Technique HPLC-723GX)

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 Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tél: 05 24 44 64 69 / 05 24 44 90 94
Dr. A. KHOURSSAJI