

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 canaux, 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 canaux.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-605474

734063

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3120 Société : RAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAMRANI YANAL RACHID

Date de naissance : 08-07-1955

Adresse : 170, GRAPPE 3 AMELKIS

Tél. : 06 61 18 91 45 FARRAKECH

Total des frais engagés : 1206,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur K. Krati
Chef Service Gastrologie
Hôpital Ibn Tofail
CHU Mohammed VI Marrakech

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : m. b. s. l.

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 : FARRAKECH Le : 07/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
26/7/2011			6	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BOURRIQUANT Saloua Pharmacie Laboratoire YACOB EL MANSOUR 31, Av Yacoub EL Mansour Guéiz - Marrakech Tel : 05 24 44 70 60 Fax : 05 24 43 78 99	28/6/2011	B 100	134,00
Dr. BOURRIQUANT Saloua Pharmacie Laboratoire YACOB EL MANSOUR 31, Av Yacoub EL Mansour Guéiz - Marrakech Tel : 05 24 44 70 60 Fax : 05 24 43 78 99	28/6/2011	B 800	1072,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

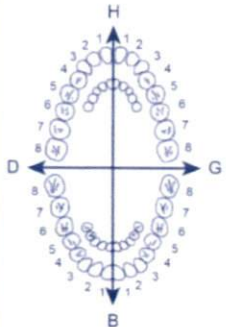
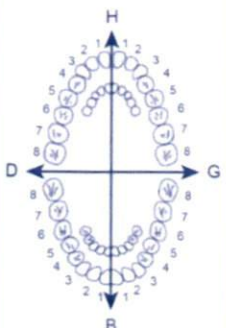
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'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 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] 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

Professeur K. KRATI

Spécialiste

en Hépatogastroentérologie
et en Proctologie Médico-Chirurgicale
vidéo Endoscopie diagnostique
et interventionnelle



أستاذة خديجة اكراتي

اختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي
أمراض المعدة، الأمعاء والكبد
في تشخيص وجراحة أمراض البواسير
الفحص بالمنظار الداخلي

26-07-2021

Dr ELAMRANI RACHID

JAMAZ.

Colprotection forte

2 - Poul c rend

Professeur K. Krati
Chef Service Gastrologie
Hôpital Ibn Tofail
CHU Mohammed VI Marrakech

Dr. BOURRIQUAT Saloua
Pharmacie Laboratoire
YACOUB EL MANSOUR
37, Av. Yacoub El Mansour
Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 70 60 - Fax : 05 24 43 78 99

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YACOUB EL MANSOUR

31, Avenue Yacoub El Mansour - MARRAKECH - Tél: 0524 44 70 60

Fax: 0524 43 78 99

BOURRIOUAIAT S.

Pharmacien Biologiste

IDENTIFIANT FISCAL UNIQUE: 69100750
PATENTE 45304015 RC : 40434
CNSS 1195313
INP 073002636
ICE 001527687000052



073002636

FACTURE N°: 850728042

Marrakech, le 28/07/21

Mr ELAMRANI JAMAL RACHID
170-GRAPPE III-AMELKIS
MARRAKECH

Prescripteur: PR KRATI KHADIJA

NATURE DES EXAMENS:

ANALYSES	CODE	COTATION
PROTEINE C REACTIVE	0000	B100

TOTAL DOSSIER : 134,00 DH

P A Y E E : DH

REGLEMENT :

1 : ESPECE
2 : BANQUE

PAYE

RESULTATS EN LIGNE

SUR LE SITE WWW.LABOCONNECT.COM

Dr. BOURRIOUAIAT S. Alioua
Pharmacie Laboratoire
YACOUB EL MANSOUR
31 Av Yacoub EL Mansour
Gueliz - Marrakech
Tél: 05 24 44 70 60 - Fax: 05 24 43 78 99

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YACOUB EL MANSOUR

31, Avenue Yacoub El Mansour - MARRAKECH - Tél: 0524 44 70 60

Fax: 0524 43 78 99

BOURRIOUAIAT S.

Pharmacien Biologiste

IDENTIFIANT FISCAL UNIQUE: 69100750
PATENTE 45304015 RC : 40434
CNSS 1195313
INP 073002636
ICE 001527687000052



FACTURE N°: 850728043

Marrakech, le 28/07/21

Mr ELAMRANI JAMAL RACHID
170-GRAPPE III-AMELKIS
MARRAKECH

Prescripteur: PR KRATI KHADIJA

NATURE DES EXAMENS:

ANALYSES	CODE	COTATION
CALPROTECTINE FECALE	0000	B800

TOTAL DOSSIER : 1072,00 DH

P A Y E E : DH

REGLEMENT :

1 : ESPECE
2 : BANQUE

PAYE

RESULTATS EN LIGNE

SUR LE SITE WWW.LABOCONNECT.COM

Dr. BOURRIOUAIAT Saloua
Pharmacie Laboratoire
YACOUB EL MANSOUR
31, Av. Yacoub El Mansour
G. III - Marrakech
Tél: 05 24 44 70 60 - Fax: 05 24 43 78 99

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YACOUB EL MANSOUR

31, Avenue Yacoub El Mansour - MARRAKECH - Tél: 0524447060

BOURRIOUAIAT S.

Pharmacien Biologiste

Marrakech, le 28/07/21

Mr ELAMRANI JAMAL RACHID
170-GRAPPE III-AMELKIS
MARRAKECH

Prescripteur : PR KRATI KHADIJA



073002636

Dossier N° 210728043 du 28/07/21 - 14H39

IMMUNOLOGIE

Normales

Antérieurs

25/03/21

189

CALPROTECTINE FECALE... 930 ug/g

Dosage Immunologique de Type Sandwich - BUHLMANN QUANTUM Blue -Seuil: 30 ug/g

Interprétation des résultats:

Valeurs normales.....< 80 ug/g

Zone grise, à contrôler dans 4 à 6 semaines.....80-160 ug/g

Valeurs élevées.....> 160 ug/g

BIOLOGISTE

* Page 1/1 *

BOURRIOUAIAT S.
Dr. BOURRIOUAIAT Saloua
Pharmacie Laboratoire
YACOUB EL MANSOUR
31, Av Yacoub EL Mansour
Guéliz, Marrakech
Tél : 05 24 44 70 60 - Fax : 05 24 43 78 99

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YACOUB EL MANSOUR

31, Avenue Yacoub El Mansour - MARRAKECH - Tél: 0524447060

BOURRIOUAIAT S.

Pharmacien Biologiste

Marrakech, le 28/07/21

Mr ELAMRANI JAMAL RACHID
170-GRAPPE III-AMELKIS
MARRAKECH

Prescripteur : PR KRATI KHADIJA



073002636

Dossier N° 210728042 du 28/07/21 - 12H29

IMMUNOLOGIE

=====

PROTEINE C REACTIVE..... 2,47 mg/l

I.turbidimétrie-ABBOTT ARCHITECT Ci4100-Seuil:0,2 mg/l

Normales

Antérieurs

inf. à 5,00

26/01/21

3,65

BIOLOGISTE

* Page 1/1 *

BOURRIOUAIAT S.
Dr. BOURRIOUAIAT S.
Pharmacie Laboratoire
YACOUB EL MANSOUR
31, Av Yacoub El Mansour
Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 70 60 Fax : 05 24 43 78 99



مركز النقدیات

28/07/21

11:00:14

9900217770

92177701

LABO YACOUB EL MANSOUR
Marrakech

A00000000031010

APP : VISA CLASSIC

EL AMRANI /JAMA.M

xxxxxxxxxxxxxx1084

11/21 CARTE NATIONALE

73C36D74F5CCFE7F

606-0-9999-1-44

MONTANT: 1206,00 MAD

NUM TRANSACTION : 012

NUM AUTORISATION: 0C5682

STAN : 007042

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT