

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	2120	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>ECABRANI YAHIA RACHID</i>			
Date de naissance : <i>08-07-1955</i>			
Adresse : <i>170, GRAPPE 3 AMELKIS MARRAKECH</i>			
Tél. <i>06 61 18 71 45</i>	Total des frais engagés : <i>1206,00</i> Dhs		

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Professeur K.Krati</b>  <b>Chef Service Gastrologie</b>  <b>Hôpital Ibn Tofail</b>  <b>CHU Mohammed VI Marrakech</b> </div>		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age:		
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.		

**MUPRAS**  
*14 SEP. 2021*  
*ACCUEILLI*  
*YAHIA HAMMI*

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 : *PARADISE* Signature de l'adhérent(e) : *J.YAHIA*  
Le : *04/09/2021*

## **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
26/7/2021			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.BOURRIQUAT Saloua Pharmacie Laboratoire YACOUB EL MANSOUR 31 Av Yacoub El Mansour Guelia Marakech Tél : 05 24 44 70 80-Fax : 05 24 43 78 99	28/07/21	B 100	134,00
Dr.BOURRIQUAT Saloua Pharmacie Laboratoire	28/07/21	B 800	1072,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

31, AV. YACOUB EL MANSOUR Gué兹 - Marrakech	11:05 24 44 74 50 Fax : 05 24 49 78 98	AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Professeur K. KRATI

Spécialiste  
en Hépato Gastro Entérologie  
et en Proctologie Médico-Chirurgicale  
vidéo Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle



امتداد خدمة اكراطي

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

26-07-2021

Mr EL AMRANI RAHIL

JAHAR.

2. Coloproctology fund

2 - Paul c rech

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

Dr BOURRIQUAIA AT Saloua  
Pharmacie Laboratoire  
YACOUB EL MANSOUR  
31 AV Yacoub EL Mansour  
Gueliz Marrakech Tel : 05 24 44 70 60 Fax : 05 24 43 78 86

**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

073002636

CNSS 1195313

INP 073002636

ICE 001527687000052

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](http://WWW.LABOCONNECT.COM)

Dr.BOURRIOUAIAT Saloua  
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



073002636

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](http://WWW.LABOCONNECT.COM)

*Dr.BOURRIOUAIAT Saloua*  
*Pharmacie Laboratoire*  
*YACOUB EL MANSOUR*  
*31,Ave YACOUB EL Mansour*  
*GAR - 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 FCALE..... 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

	Normales	Antérieurs
PROTEINE C REACTIVE.....	2,47 mg/l	inf. à 5,00
I.turbidimétrie-ABBOTT ARCHITECT Ci4100-Seuil:0,2 mg/l		3,65

BIOLOGISTE

\* Page 1/1 \*

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



مراكز التفديبات

28/07/21 11:00:14  
9900217770  
92177701  
LABO YACOUB EL MANSOUR  
Marrakech

A0000000031010  
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