

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0005256

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323

Société : RST

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : ARI

Nom & Prénom : ARI MOUS

Date de naissance : 14/05

Adresse : 49, Lot ARIOSY ROSTA

Tél. : 0658765930

Total des frais engagés :

13570

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 24/11/24

Le : 24/11/24

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

### 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
	21/10/21	40B	78,6DH
	04/11/21	40B	78,6DH
	24/11/21	40B	78,6DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

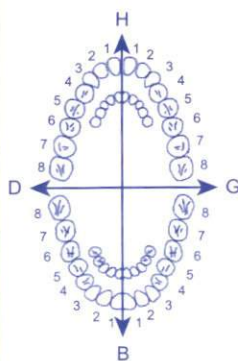
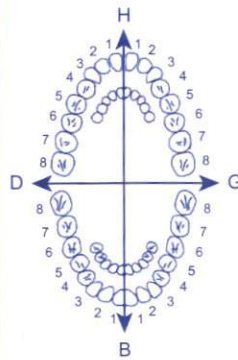
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

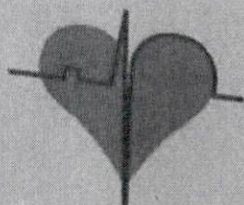
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT





## CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur Adel BENYAHYA

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Caen

Diplômé d'Echocardiographie,  
d'Hémodynamique non invasive,  
de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique,  
de la Faculté de Médecine de Paris

الدكتور عادل بنيحي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

Echodoppler couleur cardiaque et vasculaire  
Echographie transoesophagienne  
Epreuve d'effort  
Holter tensionnel et E.C.G.

في ART 10000 AL

le 20/10/21

3 JP 26/10/21 :

- le 21/10/21

- le 4/11/21

- le 24/11/21

DR. ADEL BENYAHYA  
CARDIOLOGUE  
(ex - CTM)  
Résidence  
Av. Hassan II  
Tél.: 20.10.20

Résidence Mamounia (ex - C.T.M.) - Entrée A - Avenue Hassan II - Rabat - Tél.: 05.37.20.10.20.



Date du prélèvement: 24/11/2021 à 11h35

Date de naissance : 01/10/1946

Edité le : 24/11/2021

Mr. AIT MOUS ALI  
Dossier No 2411 030

**COAGULATION**

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

**TAUX DE PROTHROMBINE**

(STARMAX de STAGO)

Temps du malade..... 18,4 sec  
Temps du témoin..... 11.8 sec  
Taux de prothrombine..... 50,0 %  
I.N.R..... 1,75

04/11/21 : 50.0

04/11/21 : 1.75

CHANGEMENT DE REACTIF LE 02/04/2019

**INTERPRETATION:**

Patient sans A.V.K. : TP (70 à 100)

Patient sous A.V.K. :

Prévention d'une thrombose veineuse : INR (2 à 3)

Prévention d'une thrombose veineuse récidivante : INR (2 à 4)

Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires : INR (2 à 4)

Prévention d'une thrombose artérielle : INR (3 à 4.5)

Valves cardiaques, mécaniques : INR (3 à 4.5)

**AZBIO**  
Dr. KOUCHA Mohamed  
120, rue Med El Biqal- Marrakech  
Patente: 45107925 - ICE: 001901681000011  
Tel: 05 24 43 57 78

CODE INPE



073062531

**FACTURE : 52189**

MARRAKECH, le 24/11/2021

**Nom et Prénom : AIT MOUS ALI**

Prescripteur :

Référence : 241121 030

**BILAN :**

TP B 40 +

Prélèvement: 25,00 Dhs

**MONTANT NET : 78,60 Dhs Soit 40 B**

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**Soixante dix huit Dirhams et soixante centimes**

**AZBIO**  
Dr. KOUCHA Mohamed  
120, rue Med El Biquel- Marrakech  
Patente: 45107925 - ICE: 001901681000011  
Tél : 05 24 43 57 78

Dr KOUCHA MOHAMED  
Médecin Biologiste

Date du prélèvement: 21/10/2021 à 10h21  
Date de naissance : 01/10/1946

Edité le : 21/10/2021

Mr. AIT MOUS ALI  
Dossier No 2110 020

**COAGULATION**

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

**TAUX DE PROTHROMBINE**  
(STARMAX de STAGO)

Temps du malade..... 17,9 sec  
Temps du témoin..... 13.0 sec  
Taux de prothrombine..... 55,0 %  
I.N.R..... 1,49

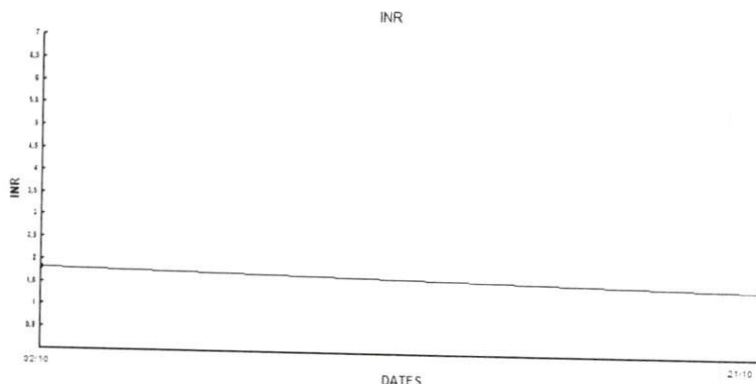
02/10/21 : 43.0

02/10/21 : 1.82

CHANGEMENT DE REACTIF LE 02/04/2019

**INTERPRETATION:**

Patient sans A.V.K. : TP (70 à 100)  
Patient sous A.V.K. :  
Prévention d'une thrombose veineuse : INR (2 à 3)  
Prévention d'une thrombose veineuse récidivante : INR (2 à 4)  
Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires : INR (2 à 4)  
Prévention d'une thrombose artérielle : INR (3 à 4.5)  
Valves cardiaques, mécaniques : INR (3 à 4.5)



CODE INPE



073062531

**FACTURE : 51025**

MARRAKECH, le 21/10/2021

**Nom et Prénom : AIT MOUS ALI**

Prescripteur :

Référence : 211021 020

**BILAN :**

TP B 40 +

Prélèvement: 25,00 Dhs

**MONTANT NET : 78,60 Dhs Soit 40 B**

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**Soixante dix huit Dirhams et soixante centimes**

**AZ BIO**  
Dr. KOUCHA Mohamed  
120, rue Med El Beqqal - Marrakech  
Patente: 45107925 - ICE: 001901681000011  
Tel: 05 24 43 57 78



Date du prélèvement: 04/11/2021 à 11h10

Date de naissance : 01/10/1946

Edité le : 04/11/2021

Mr. AIT MOUS ALI  
Dossier No 0411 028

**COAGULATION**

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

**TAUX DE PROTHROMBINE**

(STARMAX de STAGO)

Temps du malade.....	18,4	sec
Temps du témoin.....	11.8	sec
Taux de prothrombine.....	50,0	%
I.N.R.....	1,75	

21/10/21 : 55.0

21/10/21 : 1.49

CHANGEMENT DE REACTIF LE 02/04/2019

**INTERPRETATION:**

Patient sans A.V.K. : TP (70 à 100)	
Patient sous A.V.K. :	
Prévention d'une thrombose veineuse	: INR (2 à 3)
Prévention d'une thrombose veineuse récidivante	: INR (2 à 4)
Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires	: INR (2 à 4)
Prévention d'une thrombose artérielle	: INR (3 à 4.5)
Valves cardiaques, mécaniques	: INR (3 à 4.5)

**AZBIO**  
Dr. KOUCHA Mohamed  
120, rue Med El Biquat- Marrakech  
Patente: 45107925 - ICE: 001901681000011  
Tél : 05 24 43 57 78

**AZBIO**

120, rue Med El Biquat- Marrakech

Réf. REMIC REFERENTIEL EN MICROBIOLOGIE MEDICALE ET PRECIS DE BIOPATHOLOGIE BIOMNIS. Patente: 45107925 - ICE: 001901681000011  
Tél : 05 24 43 57 78

RESIDENCE M BARKA - 120, Rue Mohamed El Beqqal - GUELIZ - MARRAKECH  
Tel : 05.24.43.57.78. - Fax : 05.24.43.25.64 - Email : azbio2017@gmail.com



CODE INPE



073062531

**FACTURE : 51642**

MARRAKECH, le 04/11/2021

**Nom et Prénom : AIT MOUS ALI**

Prescripteur :

Référence : 041121 028

**BILAN :**

TP B 40 +  
Prélèvement: 25,00 Dhs

**MONTANT NET : 78,60 Dhs Soit 40 B**

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**Soixante dix huit Dirhams et soixante centimes**

**AZBIO**  
Dr. KOUCHA Mohamed  
120, rue Med El Beqqal - Marrakech  
Patente: 45107925 - ICE: 001901681000011  
Tel: 05 24 43 57 78