

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



Déclaration de Maladie

M22- 0024488

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1238 Société : ND 157521A

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI YAKIAOUI BAKIR

Date de naissance : 27 03 1950

Adresse : Avenue Oudide

Tél. 06 61 31 41 95 Total des frais engagés : 798,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zhor EL BEKRI
Médecine Générale
Expert Assermentée auprès
des Tribunaux
9 Av. Sakia El Hamra, Sidi El-Sak
Tél. Cabinet : 05 37 78 02 33

Date de consultation : 16/02/2023 INPE 101048551

Nom et prénom du malade : J. Mansouri YAKIAOUI BAKIR Age :

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

Nature de la maladie : P. M. - garto - ent

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

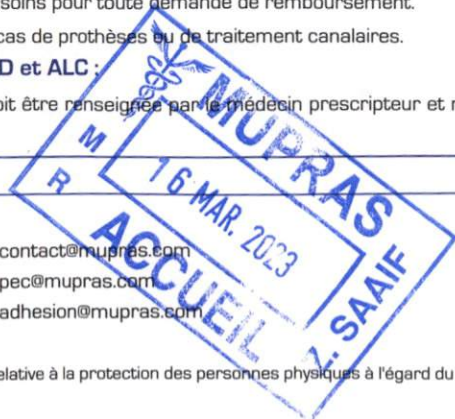
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

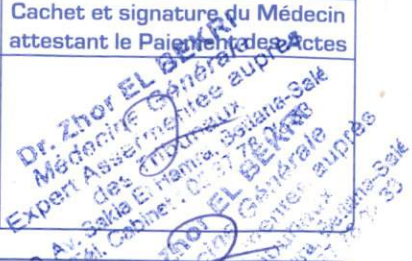
Fait à : Le : 25 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
16/02/2023	C	11	200 dA	
25/02/2023	colère		juste L.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/04/2023	238,10
		Pharmacie El Fath

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/02/23	B 270	360,2

AUXILIAIRES MEDICAUX

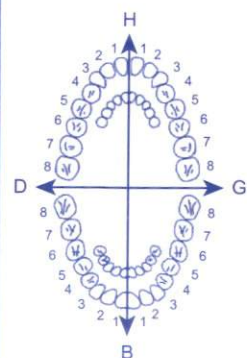
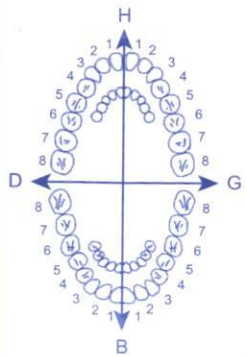
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

Dr. Zhor EL BEKRI

MEDECINE GENERALE

Expert Assermentée près des tribunaux

9, Avenue Sakia El Hamra Bettana, SALE

Tel Cabinet : 0537780233

الدكتورة زهور البكري

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

9 شارع السقية الحمراء بطانة، سلا

الهاتف : 0537780233

Salé le : 25/02/2023

46.70

4 Ty Conc 100

AN Soure YAHIAOUC
BALKIS

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA

6 118001 070015

46.90

2 Acticabue

2 p / 1 / 3000 1/2 p

444.50

238.10

3/1/2022

Pharmacie El Fath

Mr. El Quasri Taoufiq

Tabriquet - Salé Tél: 0537 86 19 88

2 p / 1 / 1/4 1/2 p

MEZOR® 20mg
Esomeprazole (DCI)
28 gélules

6 118000 340300

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DM/21/MTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO

6 118000 022268

LOT 221250

EXP 04/2024

PPV 144.50DH

LOT 222272

EXP 06 2026

PPV 46.70 DH

Dr. Zhor EL BEKRI
Médecine Générale
Expert Assermentée auprès
des Tribunaux
9 Av. Sakia El Hamra, Bettana-Salé
Tél. Cabinet : 0537 78 71 33

Dr. Zhor EL BEKRI

MEDECINE GENERALE

Expert Assermentée près des tribunaux

9, Avenue Sakia El Hamra Bettana, SALE

Tel Cabinet : 0537780233

الدكتورة زهور البكري

الطب العام

خبيرة محلقة لدى المحاكم

9 شارع السقية الحمراء بطانة، سلا

الهاتف : 0537780233

Salé le : 16/02/2023

Dr. HANSOURI YAMIN
Président

- J'ai cholest tot, B. M. urigie
- J'ai Ga J et Hb Jc

LABORATOIRE RHAZALI
D'ANALYSES MEDICALES
11, Rue El Ayachi, R'mel - Salé
Tél.: 05 37 78 58 18 / 19
Fax : 05 37 78 58 21

Dr. Zhor EL BEKRI
Médecine Générale
Expert Assermentée auprès
des Tribunaux
9, Av. Sakia El Hamra, Bettana-Salé
Cabinet : 05 37 78 02 33



LABORATOIRE RHAZALI D'ANALYSES MEDICALES

Dr A. RHAZALI

Médecin Biologiste

Diplômé de la Faculté

de Médecine de Nancy

Identifiant du patient : 215758

Date de naissance : 07/03/1950

Sexe : M

Du : 24/02/2023 à 10:27

Edité le : 24/02/2023 à 12:15

Mr MANSOURI YAHIAOUI BACHIR

Dossier N° : 23B2550

Docteur EL BEKRI ZHOR



SINCHWIC

GLYCEMIE (Dosage Enzymatique 37°C)	:	1.07 5.92	g/L mmol/L	0.7 - 1.1 3.89 - 6.11	1.17 (07/11/2022)
CHOLESTEROL TOTAL (Dosage Enzymatique 37°C)	:	1.58 4.09	g/L mmol/L	1.5 - 2 3.87 - 5.16	2.06 (07/11/2022)
TRIGLYCERIDES (Dosage Enzymatique 37°C)	:	1.54 1.74	g/L mmol/L	0.4 - 1.3 0.45 - 1.48	1.51 (07/11/2022)
ACIDE URIQUE (Dosage Enzymatique 37°C)	:	71 420	mg/l μmol/l	20 - 70 119 - 416	53 (07/11/2022)
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE A1C (Chromatographie HPLC, certifiée NGSP)	:	6.0	%		5.9 (07/11/2022)
Valeurs usuelles: 4.5 à 6.3 % Métabolisme non équilibré: > 7 %					
Soit	:	42	mmol/mol		
Valeurs usuelles: 26 à 45 mmol/mol Métabolisme non équilibré: > 53 mmol/mol					

Dr. RHAZALI Aïnane
Médecin Biologiste
Laboratoire Rhazali
Rue Al Ayachi, R'mel - Salé



LABORATOIRE RHAZALI D'ANALYSES MEDICALES

FACTURE N° : 5713/23

Dossier réalisé le : 24/02/23 10:27

EN-POS-09-V01

A l'attention de : Mr MANSOURI YAHIAOUI BACHIR

Analyses :

Hémoglobine glycosylée	B 100	134.00 Dhs
Glycémie (à jeûn)	B 30	40.20 Dhs
Cholestérol Total	B 30	40.20 Dhs
Triglycérides	B 60	80.40 Dhs
Acide urique sanguin	B 30	40.20 Dhs

Prélèvement :

Sang	Pc 1.5	25.00 Dhs
------	--------	-----------

Total dossier : 360.00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS

LABORATOIRE RHAZALI
D'ANALYSES MEDICALES
11, Rue El Ayachi - Rmel - Salé
Tél.: 05 37 78 58 18 / 19
Fax : 05 37 78 58 21