

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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

M23- N° 0030763

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benhayoun Tounia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benhayoun Tounia Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
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		Cachet MUPRAS



P 14/0015426

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom.....			
Fonction.....	Phones.....		
Mail.....			
MEDECIN	Prénom du patient <u>BEN HAYOUN TOURIA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age.....	Date <u>30/10/23</u>	
Nature de la maladie	Date 1ère visite.....		
<u>Diabète + Goutte</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>CS</u>	<u>1</u>	<u>250 dh</u>	
PHARMACIE	Date <u>30/10/23</u>		
Montant de la facture	<u>966,00</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date <u>26/10/23</u>			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>B/30, P/1</u>	<u>160,00 DHS</u>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date.....	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Signature de Dr. Elguermoul Najib
Endocrinologue - Diabétologue
Bd Zekou - Marrakech
0524 44 96 00

PHARMACIE MOHAMMADIA
N° 100 Av. Galesline - Marrakech
Tél : 24 30 28 78

PHARMACIE - LABORATOIRE
Dr. KHOUSSAJI Abdelkader
N° 100 Av. Galesline - Marrakech
Tél : 24 30 28 78

CACHET

Marrakech le :

30 OCT. 2023

الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermai Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

الصيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMEDIA
N° 1000, Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

Mme BENHAYOUN Touria R 641

21,00 x 4 =

IDIAFORMINE 1000

SV

1 op matin et soir
Au milieu des
repas

84,00

91,00

92,00

STATICOL 20

SV

1 op le soir

esp 3 mois

266,00

Dr EL GUERMAI Med Najib
Endocrinologue - Diabétologue
31, Bd Zerkouni - Marrakech
0524 44 96 00

31 شارع الزركطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش

31, Bd. Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

Tél. : 05 24 44 96 00 : الهاتف

E-mail : nguermai@hotmail.com : البريد الإلكتروني

Prière de téléphoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2206

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2206

91,00

91,00

PPV 21DH00
PER 05/23
LOT M1198

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2197

Marrakech, le : 26-10-2023

الدكتور الگرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermat Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

Mme BENHAYOUN Touria R641

FAIRE:

- Hémoglobine Glyquée
- Protéinurie
- Créatininurie

Dr ELGUERMAI Med Najib
Endocrinologue - Diabétologue
31, Bd Zerktouni - Marrakech
0524 44 96 00

31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش

31, Bd. Zerktouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

الهاتف : 05 24 44 96 00

البريد الإلكتروني : E-mail : nguermai@hotmail.com

Prière de téléphoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

LABORATOIRE MAJORELLE
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Mansour 40000 MARRAKECH
Tel : 0524446469 Fax : 05.24.43.29.85
Dr Abdelkader KHOURSSAJI
Patente: 45304037 INPE: 073002420 C.N.S.S: 2039932
ICE : 001628278000095 I.F : 69130648 IGR : 69130648

FACTURE : 328347

9A 33148

Nom et Prénom : Mme BENHAYOUN TOURIA

Prescripteur : Dr. EL GUERMAI MOHAMED NAJIB

Référence : 261023 095

Date : 26/10/2023

BILAN :

FBAC Dh 10,00+ HBA1 B 70 + RPCU B 60 +

Soit 130 B

MONTANT NET : 150,00 Dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent cinquante Dh

Dr A.KHOURSSAJI

**PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSSAJI/Abdelkader
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tel: 05 24 44 64 69 / 05 24 44 90 24**



مختبر التحليلات 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

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF: 261023095

Medecin Dr. EL GUERMAI MOHAMED NAJIB

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

IN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 26/10/2023

Émis le: 26/10/2023

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

H.B.A.1.C

7,1 %

17/05/23 : 7.5

I.F.C.C

54 mmol/mol

17/05/23 : 58

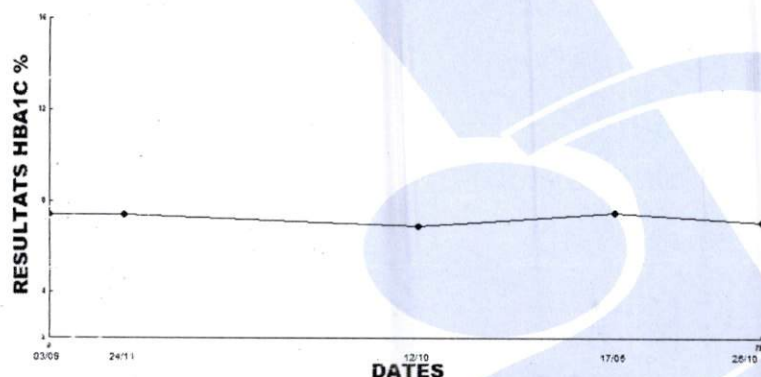
(Technique HPLC-723GX)

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)



Dossier: 261023095

CIN :

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF :261023 095

CHIMIE URINAIRE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

RAPPORT PROTEINES/CREATININE SUR URINES DE 24H

DIURESE 1 500,0 ml/24h

PROTEINES URINAIRES..... 0,06 g/l

Soit 0,09 g/24h (< 0.15)

CREATINURIE..... 474,0 mg/l

Soit 0,71 g/24h (0.90 - 2.03)

RAPPORT PROT/CREA (g/g) 0,12

(inf à 0.15)

RAPPORT PROT/CREA (mg/mmol) . 14,30

(< 30)

PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE

Dr. KHOURSSAJI Abdelkader

Angle All. Fassi et Yacoub El Manjour - Marrakech

Tel : 05 24 44 64 69 / 05 24 44 70 70