

# 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.

## 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.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèse :

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.

Le 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

Communication : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle 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.

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° P19- 0046106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1191 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RAKI Abdelaziz

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 : ..... 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-046106

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais : .....

Date de : .....

## &lt;divRELEVE 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

## &lt;div[](https://www.legifrance.gouv.fr/affichement/legi/2023/03/01/2023-03-01-00001/2023-03-01-00001.pdf)

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Le règlement est conditionné par la fourniture de tous les documents justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OD.



W16-091375

**DATE DE DEPO'**

28.07.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 1191
Nom & Prénom	RAKI ABDELAZIZ
Fonction	Retraite
Phones	0524312889
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient	RAKI Abdelaziz		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 18/06/2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Hernie inguinale Drsite				

### S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

11. *What is the name of the person who is in charge of the project?*

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		GR,

**PHARMACIE** Date .....

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date : 19/06/19
Désignation des Coefficients b515	Montant détaillé des Honoraires 500,00 DH

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Abdelmajid BENIHOUD

## Chirurgien

Diplômé de la faculté de Médecine de Lille

- Ancien chirurgien des hôpitaux de France et du Maroc
  - Chirurgie digestive, pariétale, vasculaire et thyroïdienne (goitre)
  - Proctologie (Hémorroïdes, Abcès, Fissures, Fistules...)
  - Coeliochirurgie
  - Circoncision

الدكتور عبد المجيد بن يحيى ود

طیب جراح

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

- طبيب جراح سابق بمستشفيات فرنسا والمغرب
  - جراحة الجهاز الهضمي - الفتق - الشرايين والغدة الدرقية
  - امراض وجراحة المخرج (ال بواسير...)
  - الجراحة بالمنظار

الختانة

Marrakech, le : 18 JUIN 2013

Mr RAKI Abdelfazz

- NFP<sub>9</sub>

18A

• Use glycine

TD Td

الدكتور عبد المجيد بنحوود  
Dr. Abdelmajid BENHOUD  
Chirurgien

Imm. "AL MASJID" S. Rue Imam Malik,  
Appt. 13 Guéliz - Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 43 52 35/GSM : 06 61 34 92 59

إمام المسجد - رقم 9 نزقة الإمام مالك شقة رقم 13 - الطابق الثاني - (قرب مسجد تكوا) جلizi - مراكش - الهاتف والفاكس: 05 24 43 52 35 - المستعجلات: 06 61 34 92 59  
Résidence Al Masjid, 9 rue Imam Malek Appt. 13 - 2<sup>ème</sup> Etage (à côté de la Mosquée de Guéliz) - Guéliz-Marrakech - Tél/Fax: 05 24 43 52 35 - Urgence : 06 61 34 92 59  
E-mail : benihoudabdelmajid@yahoo.fr - ICE : 001640496000009



Dr Asma LABAALI

- Médecin Biologiste spécialisée en Analyses Médicales
- Ex-interne de CHU Mohamed VI Marrakech
- Ancienne Médecin Résidente de CHU Mohamed VI et de l'Hôpital Militaire Avicenne Marrakech
- Diplômée de la Faculté de Médecine & de Pharmacie Rabat & Marrakech



Prélèvement à Domicile

Prélèvement du : 19/06/2019 à 08:54

Résultats édités le: 19/06/2019



Prescripteur: Docteur ABDELMAJID BNIHOUD



الدكتورة أسماء لباعلي

- طبيبة إنجينierie انتظامية في التحاليل الطبية
- طبيبة داخلية سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش
- طبيبة مقيمة سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس و المستشفى العسكري ابن سينا مراكش
- خريجة كلية الطب و الصيدلة الرباط & مراكش

**MR RAKI ABDELAZIZ**

Dossier N° 19F1143

Page: 1/2

## HEMOGRAMME

### NUMERATION SANGUINE

			Valeurs de référence
			Homme
GLOBULES BLANCS.....	7 900	/mm <sup>3</sup>	4 000 à 10 000
GLOBULES ROUGES..... (*)	3,3	M/mm <sup>3</sup>	4,5 à 5,8
HEMOGLOBINE..... (*)	9,9	g/dL	13 à 17
HEMATOCRITE..... (*)	30,2	%	40 à 54
VGM.....	91,0	μm <sup>3</sup>	82 à 98
TCMH.....	29,8	pg	27 à 33
CCMH.....	32,7	g/dL	32 à 36
PLAQUETTES..... (*)	410	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 à 400

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	53,7	%	
Soit	4242	/mm <sup>3</sup>	1 800 à 7 500
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	4,1	%	
Soit	324	/mm <sup>3</sup>	0 à 500
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,5	%	
Soit	40	/mm <sup>3</sup>	0 à 100
LYMPHOCYTES.....	31,5	%	
Soit	2488	/mm <sup>3</sup>	1 000 à 4 500
MONOCYTES.....	10,2	%	
Soit	806	/mm <sup>3</sup>	200 à 1 000

Anémie normochrome normocytaire.

## BIOCHIMIE SANG

(Sur Automate INDIKO PLUS)

Valeurs de référence

GLYCEMIE A JEUN.....	1,04	g/l	0,70 à 1,10 g/l
	5,78	mmol/l	3,89 à 6,12 mmol/l



Dr Asma LABAALI

- Médecin Biologiste spécialisée en Analyses Médicales
- Ex-interne de CHU Mohamed VI Marrakech
- Ancienne Médecin Résidente de CHU Mohamed VI et de l'Hôpital Militaire Avicenne Marrakech
- Diplômée de la Faculté de Médecine & de Pharmacie Rabat & Marrakech



الدكتورة أسماء لباعلي

- طبيبة إحيائية اختصاصية في التحاليل الطبية
- طبيبة داخلية سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش
- طبيبة مقيمة سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس و المستشفى العسكري ابن سينا مراكش
- خريجة كلية الطب و الصيدلة الرباط & مراكش

Prélèvement du : 19/06/2019 à 08:54

Résultats édités le: 19/06/2019



Prescripteur: Docteur ABDELMAJID BNIHOUD

**MR RAKI ABDELAZIZ**

Dossier N° 19F1143

Page: 2/2

UREE.....	: 0,20	g/l	0,15 à 0,50
	3,32	mmol/l	2,49 à 8,30

### HEMOSTASE

#### TAUX DE PROTHROMBINE: TP

TEMPS DU MALADE.....	: 14,2	Sec
TEMPS DU TEMOIN.....	: 12,8	Sec
TAUX DE PROTHROMBINE.....	: 83,00	%
		70,00 à 100,00 %

#### TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR.TCA

TEMPS PATIENT.....	: 31,00	sec
TEMPS TEMOIN.....	: 30,00	sec

### MARQUEURS PROTEIQUES

#### ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE.PSA

Technique: Chimiluminescence

Résultat: 12,485 ng/ml

Interprétations:

Age < 40 ans	: < 1,72 ng/ml
40 à 49 ans	: < 2,19 ng/ml
50 à 59 ans	: < 3,42 ng/ml
60 à 69 ans	: < 6.16 ng/ml
> 69 ans	: < 6,77 ng/ml

Signature: Total de pages: 2  
Date: 14/06/2019  
Signature: 19F1143  
Signature: 0215112703  
Signature: 0215112703

# LABORATOIRE ANDALOUSS D'ANALYSES MÉDICALES



Dr Asma LABAALI

- Médecin Biologiste spécialisée en Analyses Médicales
- Ex-interne de CHU Mohamed VI Marrakech
- Ancienne Médecin Résidente de CHU Mohamed VI et de l'Hôpital Militaire Avicenne Marrakech
- Diplômée de la Faculté de Médecine & de Pharmacie Rabat & Marrakech



مختبر الأندلس للتحاليل

الطبية



الدكتورة أسماء لباعلي

- طبيبة احديائية اختصاصية في التحاليل الطبية
- طبيبة داخلية سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش
- طبيبة مقيمة سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس و المستشفى العسكري ابن سينا مراكش
- خريجة كلية الطب و الصيدلة الرباط & مراكش

MARRAKECH le: 19/06/2019

FACTURE N° 16030/2019

Médecin

Docteur ABDELMAJID BNIHOUD

Nom du patient

MR RAKI ABDELAZIZ

Examens

- NFS- PSA- URE- GLY- TP- TCA

Cotation

B 515

Montant

500,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CINQ CENT DIRHAMS