

# 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058052 13778

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005156 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Lahouari Abdelhak

Date de naissance :

Adresse : Hay El Bahja Marrakech N° 177

Tél. : 05 22 43 67 17 Total des frais engagés : 1240000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sara ALLIBOU  
Service Néphrologie  
hémodialyse TR  
CHU Med VI Marrakech

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Maïma Lahouari Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

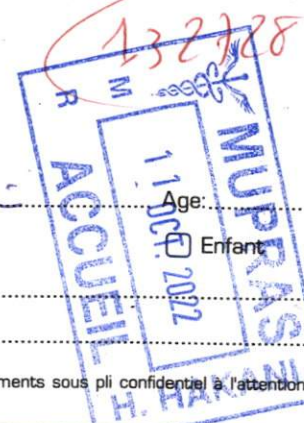
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
14/09/2022				Dr. Sara ALLIQUO Service Néphrologie hémodialyse TR CHU Med VI Marrakech

# 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
Tél / Fax : 05 24 31 13 64 GSM : 06 69 01 01 68	19/09/22	Bucco	4000DH

# 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 COEFFICIENT 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



## ORDONNANCE

Date: .....

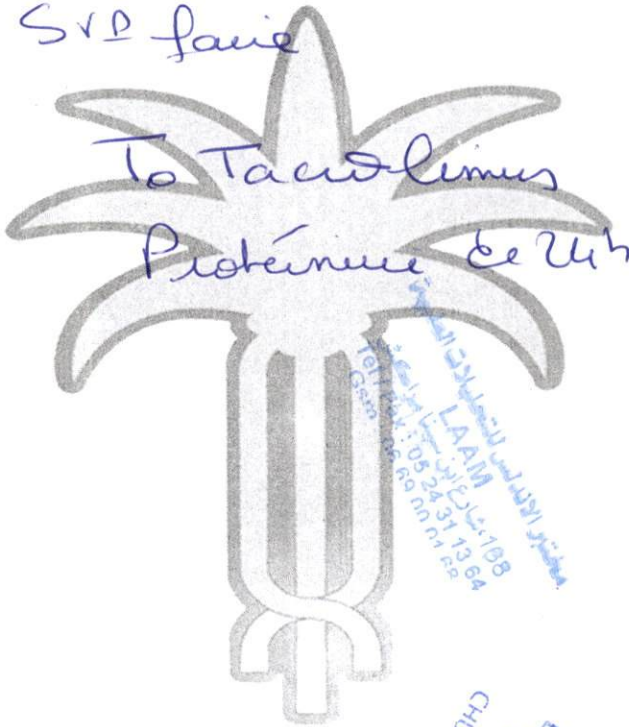
B.O. : AB / N° 249258

Nom & Prénom : Naoua Lohouari

SVP faire

To Tacrolimus

Protéine de Ur



مختبر الأندلس للتحليلات الطبية  
LAAAM  
شارع ابن سينا المراكشي  
Tél : 05 24 31 13 64  
Fax : 05 24 31 13 64

Dr. G. ALLEGRE  
Service de néphrologie  
hémolyse TR  
CHU Med VI Marrakech

Signature et cachet du médecin



**LABORATOIRE ANDALOUISS  
D'ANALYSES MEDICALES**



**Dr Asma LABAALI**

- Médecin Biologiste spécialisée en Analyses Médicales
- Ex-interne de CHU Mohammed VI Marrakech
- Anicenne Médecin Résidente de CHU Mohammed VI et de l'Hopital Militaire Avicenne Marrakech
- Diplômée de la faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat et Marrakech



**Prélèvement à Domicile**

**مختبر الأندلس للتحليلات  
الطبية**



**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 والمستشفى العسكري ابن سينا مراكش
- خريجة كلية الطب والصيدلة الرباط & مراكش

MARRAKECH le: 19/09/2022

**FACTURE N° 39466/2022**

Médecin

**Docteur CHU MED VI**

Nom du patient

**MLLE LAHOUAOUI MOUNA**

Examens

**- TACR**

Cotation

**B 400**

Montant

**400,00 DH**

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

مختبر الأندلس للتحليلات الطبية  
AAM  
168 شارع ابن سينا مراكش  
Tél / Fax : 05 24 31 13 64  
Gsm : 06 69 00 01 68

# LABORATOIRE ANDALOUSS D'ANALYSES MEDICALES



Dr Asma LABAALI

- Médecin Biologiste spécialisée en Analyses Médicales
- Ex-interne de CHU Mohammed VI Marrakech
- Anicenne Médecin Résidente de CHU Mohammed VI et de l'Hopital Militaire Avicenne Marrakech
- Diplômée de la faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat et Marrakech



Prélèvement à Domicile

## مختبر الأندلس للتحاليل الطبية



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 والمستشفى العسكري ابن سينا مراكش
- خريجة كلية الطب والصيدلة الرباط & مراكش

Prélèvement du : 19/09/2022 à 09:35

Résultats édités le: 19/09/2022



MLLE LAHOUAOU MOUNA

Dossier N° 18D518

Prescripteur: Docteur CHU MED VI

Page: 1/1

## MEDICAMENTS

### DOSAGE TACROLIMUS

Technique: Chimiluminescence

Résultat: 3,70 ng/ml

Antécédent du 20/06/22 - 09:43 : 5,10 ng/ml

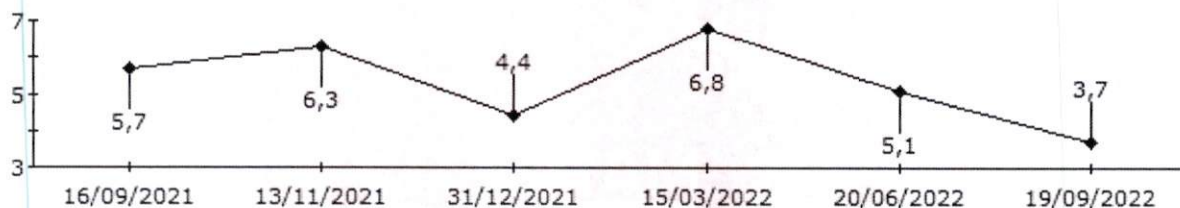
#### TAUX RESIDUELS:

-Phase initiale: 10,0 à 15,0 ng/ml

(0 à 42 jours après une greffe)

-Traitement chronique: 5,0 à 10,0 ng/ml

(après 42 jours)



Résultat contrôlé.

مختبر الأندلس للتحاليل  
الطبية  
LAAM  
Total de pages: 1  
Tél / Fax : 05 24 31 13 64  
Gsm : 06 69 00 01 68