

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 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.
- La 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

- 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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 5456

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Lahcenoui abdellah

Date de naissance :

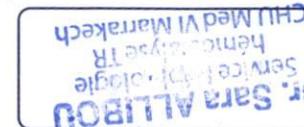
Adresse : Hay EL Balya Manakchia N° 177

Tél. : 05 24 43 69 17

Total des frais engagés : 1000000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Moune Lahcen

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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) :



RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
MISSISSAUGA CLINIQUE DENTAIRE 301-1284 1284-3010 PAR ALDO MEDICAL RADIOLOGY 26/09/22	26/09/22	B400	4800h

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo - Universitaire
Mohammed VI
Marrakech
Hôpital AR-RAZI



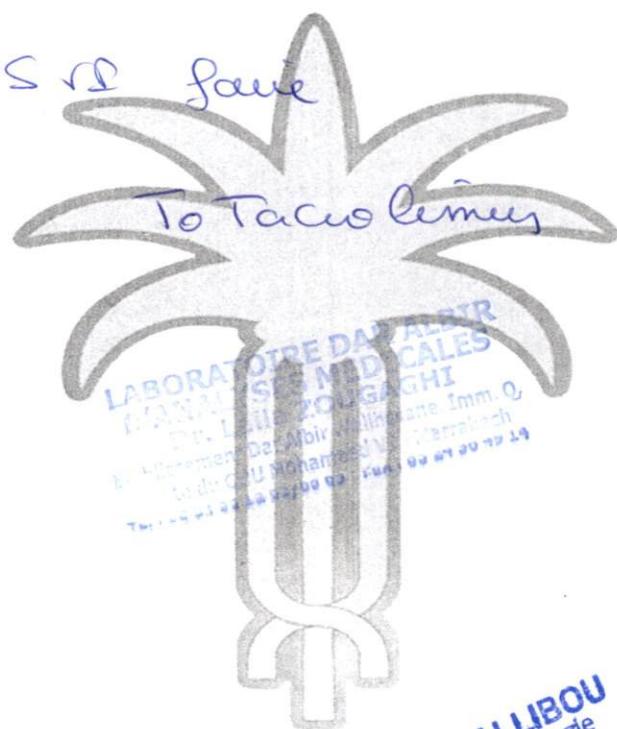
المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش
مستشفى الرازي

ORDONNANCE

Date:

B.O. : AB / N° 249308

Nom & Prénom : Houma Idhouani




Dr. Sara ALLIBOU
Service Néphrologie
Hémodialyse TR
CHU Med 1 Marrakech
Signature et cachet du médecin



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉROLOGIE • VIROLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • ENA.

د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interné et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.M. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.I.L. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V



Dossier ouvert le : 27-09-2022

Prélevé le : 27-09-2022 à 16:54

Édité le : 28-09-2022

Mme LAHOUAOUI Mouna

Réf dossier: 22094505

Page N° : 1 / 1

Valeurs références

Antériorités

PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE

Echantillon sérique

Dosage du Tacrolimus

Tacrolimus :

(Dosage immunologique)

9.00 ng/mL

Marge thérapeutique :

Phase initiale : 10 à 15 ng/ml (0 à 42 jours après une greffe)

Traitement chronique : 5 à 10 ng/ml (après 42 jours)

Dr. Ouazzani

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 06 22 27 48 96 - Fax: 06 22 27 49 13

Prélèvement à domicile sur rendez vous

394, Bd Zerkouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél : 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13
E-mail : labhocb@mail.com - Site web : www.laboratoirecbc.com INP: 093001006 - Patente: 35405458 - C.N.S.S: 6368949 - I.F: 40110273 - I.C.P:

مختبر دار البر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE DAR ALBIR D'ANALYSES MEDICALES



مختبر التحاليلات الطبية

- Médecin biologiste spécialisée en analyses de laboratoire
- Ex-Professeur Assistant à la Faculté de Médecine de Marrakech
- Diplômée en mycologie médicale à l'Institut Pasteur de Paris
- Attestation de Formation Spécialisée en biochimie (Montpellier)
- Attestation de Formation Spécialisée en biologie-moléculaire (Marseille)

الدكتورة ليلى الزوڭاغي
طبيبة إحيائية

Docteur Laila ZOUGAGHI
Médecin biologiste

Dossier ouvert le : 26-09-2022
Prélèvement du 26-09-2022 à 09:55 (au labo)
Né(e) le : 07-04-2000 (22 ans)
Edité le : 28-09-2022 à 11:47

Patient : Mlle LAHOUAOUI MOUNA
Prescripteur : CHU/Docteur ALLIBOU Sara
N° de dossier : 2209260049
Code patient : 2209260049



Page 1 / 1

Compte Rendu d'Analyses

PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE

Tacrolimus (FK506) T0:

Voir compte rendu ci-joint.

Demande validée biologiquement par : Dr. ZOUGAGHI Laila

Tél : 05 24 30 12 82 - 05 24 30 09 09 / Fax : 05 24 30 49 14

Etablissement Dar Albir Walihssane, immeuble «Q», Hay Mohammadi (près du C.H.U. Mohamed VI) - Amerchich - MARRAKECH

E-mail : labodaralbir@gmail.com

Patente 67095347 - Ident. Fiscal 69195312 - CNSS 9695779 - ICE 001611920000023

LABORATOIRE DAR ALBIR D'ANALYSES MEDICALES



Docteur LAILA ZOUGAGHI
MEDECIN BIOLOGISTE

- * Médecin biologiste spécialisée en analyses de laboratoire
- * Ex-Professeur à la Faculté de Médecine de Marrakech
- * Diplômée en Mycologie Médicales Institut Pasteur (Paris)
- * Attestation de formation spécialisée en Biochimie (Montpellier)
- * Attestation de formation spécialisée en Biologie Moléculaire (Marseille)

FACTURE N° : 220900495

Marrakech le 26-09-2022

Mme MOUNA LAHOUAOUI

Code Patient : 2209260049

Date de l'examen : 26-09-2022

Demande N° : 2209260049

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin TACROLIMUS T0	E10 B400	E B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 480 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre cent quatre-vingts dirhams

LABORATOIRE DAR ALBIR
D'ANALYSES MEDICALES
Dir. Dr. Laila Zougachi
Etablissement à coté du CHU Mohammed VI - Marrakech
Tél : 05 24 30 12 81 / 09 09 - Fax : 05 24 30 49 14