

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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- 0058041.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 5156 Société : 179143

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Lahouasmi ABdeffah

Date de naissance :

Adresse : Hay ELBajja Marrakech N° 177

Tél. : 05 24 13 6917 Total des frais engagés : 177 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur FADILI Wafae  
Néphrologie - Hémodialyse  
Transplantation Rénale  
CHU Med VI - Marrakech

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) :

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

Professeur FADILI Waïa  
Néphrologie - Hémodialyse  
Transplantation Rénale  
CHU Mohammed 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
	10/10/23	250	2000h

# 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 canalaires, 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

# 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° : 231000285**

Marrakech le 10-10-2023

**Mme HALIMA NOKRAOUI**

Code Patient : 2310100051

Date de l'examen : 10-10-2023

Demande N° : 2310100051

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Thyreostimuline (TSH us)	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
deux cents dirhams



Etablissement Dar Albir Walihsane, Immeuble « Q », Hay Mohammadi (près du C.H.U. Mohamed VI) – Amerchich – MARRAKECH

Site web : [www.labodaralbir.com](http://www.labodaralbir.com) – E-mail : [info@labodaralbir.com](mailto:info@labodaralbir.com)

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



# مختبر دار البر للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE DAR ALBIR D'ANALYSES MEDICALES



- 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 ليلي الزوڭاغي  
طبيبة إحيائية  
Docteur Laïla ZOUGAGHI  
Médecin biologiste

Dossier ouvert le : 10-10-2023  
Prélèvement du 10-10-2023 à 09:46 (au labo )  
Né(e) le : 23-02-1961 (62 ans)  
Edité le : 10-10-2023 à 10:51

Patient : **Mme NOKRAOUI HALIMA**  
Prescripteur : **Sans ordonnance**  
N° de dossier : 2310100051  
Code patient : 2310100051



Page 1 / 1

### Compte Rendu d'Analyses

### BILAN ENDOCRINIEN

**TSHus (Thyreostimuline  
Ultra-Sensible) :**

**4.57**  $\mu\text{UI/ml}$  (0.27-4.20)

(Technique électrochimiluminescence / COBAS e411)  
\*(Changement de trousse de réactif depuis le 20/04/2021)  
\*Les antécédents ne sont plus édités sur le compte rendu

Commentaire :

Résultat contrôlé.

Demande validée biologiquement par **Dr. ZOUGAGHI Laïla**

Laboratoire d'Analyses Médicales  
**DAR ALBIR**  
**Dr. ZOUGAGHI Laïla**  
Imm. Dar Al Bir Walihssane, 1009 Amerchich  
Marrakech - Tél/Fax : 05 24 30 12 82  
Tél : 05 24 30 09 09 / Fax : 05 24 30 49 14

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](mailto:labodaralbir@gmail.com)

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



Date : ..../.../.....

## Ordonnance

Nom et Prénom :

Halima Nekraoui

Prise de feue

- TSH

Professeur FADILI Wafaa  
Néphrologie - Hémodialyse  
Transplantation Renale  
CHU Med VI - Marrakech

Signature médecin :