

# 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 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : ..... Lahouaoui abDELLah

Date de naissance : .....

Adresse : ..... Hay EL Bahja Marrakech N°177

Tél. : 06 80 97 888 Total des frais engagés : 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 / 10 / 23

Nom et prénom du malade : ..... Nahlaoui Helima Age : 61 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thyroïdectomie sen horloges hyperpl

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 mon 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 : ..... R ACCUEIL

Le : ..... / /

Signature de l'adhérent(e) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/09/2021				Dr. Youness Lakzizi Service de Néphrologie Hémodialyse et Transplantation CHU Med VI Marrakech
09/10/2021				

## 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
	10/10/2021	B 200	200.00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire  
Mohammed VI-MARRAKECH  
Hôpital AR-RAZI



Nom : Nokraoui  
Prénom : Hafida  
N° d'Entrée :

## Bon d'Examen B.O. AR/ N° 249088

Renseignements Cliniques	Résultats
TSH ms.	<p>Dr. Youness Lakzzi Service de Néphrologie Hémodialyse et Transplantation CHU Med V Marrakech</p>

Marrakech, le : 10/10/13  
Signé :



# 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

# مختبر دار البر للتحاليل 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 ليلى 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 : 11-12-2023 à 11:57

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

4.57 µU/ml

(0.27-4.20)

Ultra-Sensible) :

(Technique électrochimiluminescence / COBAS e411)

\*Changement de trousse de réactif depuis le 20/04/2021.

\*Les antériorités ne sont plus éditées sur le compte rendu

Commentaire :

Résultat contrôlé.

Demande validée biologiquement par : Dr. ZOUGAGHI Laïla

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