

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.

Educations :

- 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.

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.

- 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

- Information : contact@mupras.com
- Service en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Adresse : 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° M21- 0058043

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005156 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOUAOUI Maïma

Date de naissance :

Adresse : Hay ELBAHJA HARRAKECH N° 177

Tél. : 0524494377 Total des frais engagés : 2000 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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/21	174,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/06/21	13,000	4,000 PH

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
		B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



ORDONNANCE

Date: 20/08/2021

B.O. A-F/N° 292865

Nom & Prénom : Nauma Lakouaoui

7900x6

1) Neofen (S.V)

rep x 2 / j ; pte 3 mois

474,00

Pharmacie de l'ARRAZI

Signature et cachet du médecin

MFA7 1023
LOT PER
Prix 79.00
Fer-B9
Enveloppe 100% VÉGÉTALE

MFA7 1023
LOT PER
Prix 79.00
NEOFER
Fer-B9
Enveloppe 100% VÉGÉTALE

MFA7 1023
LOT PER
Prix 79.00
NEOFER
Fer-B9
Enveloppe 100% VÉGÉTALE

MFA7 1023
LOT PER
Prix 79.00
NEOFER
Fer-B9
Enveloppe 100% VÉGÉTALE

MFA7 1023
LOT PER
Prix 79.00
NEOFER
Fer-B9
Enveloppe 100% VÉGÉTALE

MFA6 1023
LOT PER
Prix 79.00
N
Fer-B9
Enveloppe 100% VÉGÉTALE

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire

Mohammed VI

Marrakech

Hôpital AR-RAZI



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

ORDONNANCE

Date:

B.O. A-F/ N° 292836

Nom & Prénom :



Signature et cachet du médecin

**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



**مختبر الأندلس للتحليلات
الطبية**



الدكتورة أسماء لباعلي

- طبيبة إحيائية اختصاصية في التحاليل الطبية
- طبيبة داخلية سابقة في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش
- طبيبة مقيمة سابقة في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس والمستشفى العسكري ابن سينا مراكش
- خريجة كلية الطب والصيدلة الرباط & مراكش

MARRAKECH le: 30/06/2021

FACTURE N° 29070/2021

INPE:077164507 /IF:18755408

Médecin

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
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
- Ancienne 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 لتحاليل
الطبية



الدكتورة أسماء لباعلي

- طبيبة إحيائية اختصاصية في التحاليل الطبية
- طبيبة داخلية سابقة في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش
- طبيبة مقيمة سابقة في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس والمستشفى العسكري ابن سينا مراكش
- خريجة كلية الطب والصيدلة الرباط & مراكش

Prélèvement du : 30/06/2021 à 10:03

Résultats édités le: 30/06/2021



MLLE LAHOUAOUI MOUNA

Dossier N° 18D518

Page: 1/1

MEDICAMENTS

DOSAGE TACROLIMUS

Technique: Chimiluminescence

Résultat: 4,00 ng/ml

Antécédent du 01/06/21 - 09:21 : 6,00 ng/ml

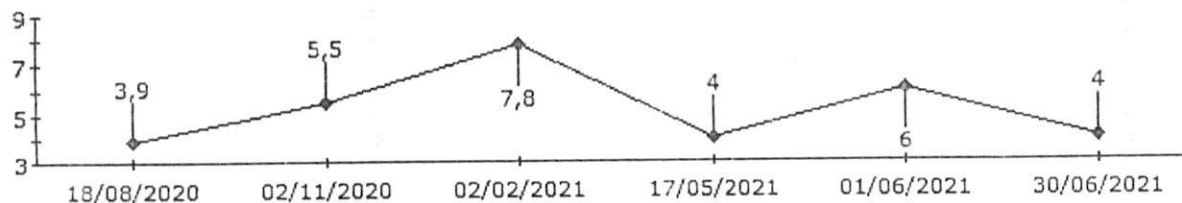
TAUX RESIDUELS:

-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)



Total de pages: 1