

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Pathologie 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.

## Autre :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Formation :

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.

## Opticien :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21-0030926

97043

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 000 7971

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAÏ KHADIDJA veuve TAHI Ahmed

1950

Date de naissance :

Adresse : HAY EL MASSIRA N° 82  
Béjaïd

Tél. : 061 0301898

Total des frais engagés : +

+ 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

### 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
LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES Mr. QUATOUCH BIOLISTE Rue My Abderrahmane - Khouribga 0523 56 09 80 - 0661 09 62 61	06-12-2015	253412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	369.0000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

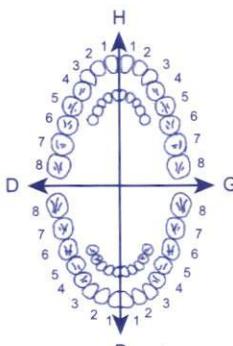
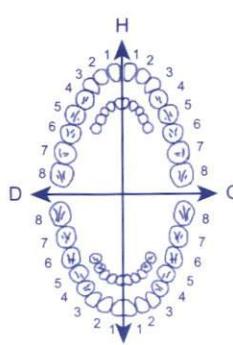
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
											
											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000 B</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	D	00000000 00000000 B	G	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
H	25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553										
D	00000000 00000000 B										
G											
<b>Coefficient des Travaux</b> <b>Montants des Soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Date de l'exécution</b>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Docteur ZOUBEIR Nadia**

Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital la Timone Marseille France

Diplômée d'échocardiographie de l'université bordeaux France

Ancien cardiologue à l'hôpital régional Beni Mellal



**الدكتورة زبیر نادية**

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

خريجية كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بمرسييليا (فرنسا)

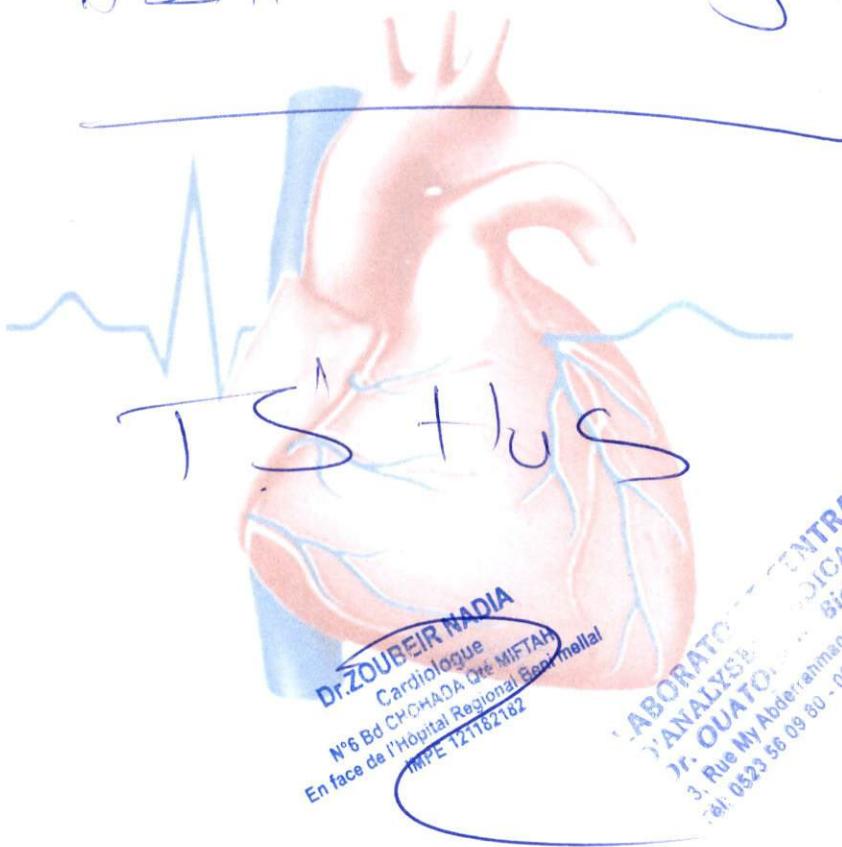
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

اختصاصية سابقة بمصلحة القلب والشرايين بالمستشفى الجهوي بن ملال

Le : 01.12.2021  
 باسم (شافي)

ASSAM

KTH DESIGN



رقم 6 شارع الشهداء حي مفتاح، أمام الباب الرئيسي للمستشفى الجهوي بن ملال

الهاتف : 07 00 10 00 48 - 05 23 48 41 42

**Dr. ALI OUATOUCH** Pharmacien Biogiste Diplômé de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Tours (France).  
Hematologie - Parasitologie - Bacteriologie - Biochimie Clinique . Ancien Attaché à L'Hôpital Militaire M.V (Rabat).

## FACTURE N° : 211200341

Khouribga le 06-12-2021

**Mme Khadija ASSAM**

Date de l'examen : 06-12-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B3
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0164	TSH us	B250

Total des B : 253

TOTAL DOSSIER : 349.02 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quarante-neuf dirhams deux centimes.



Page 1 / 1

[www.laboratoirecentral.ma](http://www.laboratoirecentral.ma)

\*Ouvert de 7h00 à 18h30 - Samedi de 7h00 à 13h \*prélèvement à domicile URGENCES 24h/24 - T.J/7 : 0661 302 661 - 0661 305 161

13, Rue Moulay Abderrahmane - Khouribga ☎ 0523 560 980 / 06 61 09 62 61 📩 0523 565 008 📩 labcentral84@gmail.com

I.F : 59505700 - ICE : 001637512000067 - T.P : 41006406 - INPE : 06300251 - RIB : 145 400 21211 1311132 000 9 15

**Dr. ALI OUATOUCH** Pharmacien Biologiste Diplômé de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Tours (France).  
Hematologie - Parasitologie - Bacteriologie - Biochimie Clinique . Ancien Attaché à L'Hôpital Militaire M.V (Rabat).

Date du prélèvement : 06-12-2021 à 08:22  
Édité le : 06-12-2021  
Code patient : 1905020063  
Né(e) le : 01-01-1950 (71 ans)



**Mme Khadija ASSAM**  
Dossier N° : 2112060029  
Prescripteur : Dr NADIA ZOUBEIR

## BILAN ENDOCRINIEN

15-12-2020

T.S.H. ultra sensible  
Chimiluminescence Cobas

0.829 µUI/ml

4.699

Valeurs de référence

Adultes	: 0.27 - 4.2
0 - 3 Jours	: 5.17 - 14.6
4 - 20 Jours	: 0.43 - 16.1
2 - 12 Mois	: 0.62 - 8.05
2 - 6 Ans	: 0.54 - 4.53
7 - 11 Ans	: 0.66 - 4.14

Dr. Ali OUATOUCH Biologiste  
**LABORATOIRE CENTRAL**  
D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. OUATOUCH, biologiste  
3, Rue My Abderrahmane - Khouribga  
0523 56 00 80 - 0661 302 661 - 0661 305 161  
AP