

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-654086

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3465 Société : 128699

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KACHT YAMNA

Date de naissance : 01 01 1959

Adresse : N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR

Tél : 06 62 17 01 48 Total des frais engagés : 128,60 DH

Cadre réservé au Médecin

الدكتور ميسور زواهير  
Dr. MOUS ZOUHAIR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
57, Rue de Marrakech (D.I.) AGADIR

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/07 / 2022

Nom et prénom du malade : KACHT YAMNA Age : 63

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DYSTHYROIDIE

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR Le : 19 / 07 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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.

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-654086

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

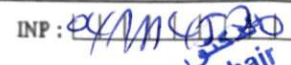
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



# 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
19/07/22	2	-	200,00	INP : 

Dr. MOUSTADRAF Zouhair  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
57, Rue de Marrakech (O.I.) AGADIR

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RAJAA Dr. Belkacem EL MARZOUQI 13 Rue Abderrahmane Ben Zidane Hay Essalam - AGADIR Tél. : 05 28 23 56 70	19/07/22	328,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/07/22	8,250	200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

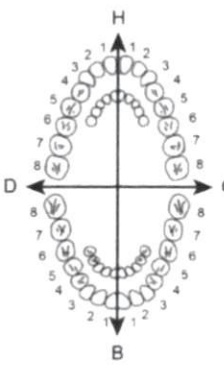
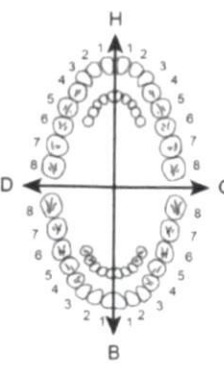
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
				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>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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
	B																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr. Moustadraf Zouhair

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition



الدكتور مستطرف زهير

أخصائي في أمراض الغذاء  
داء السكري و التغذية

Sur Rendez-vous

بالموعد

Agadir, Le :

19.07.22

12 Kacht Yamna

13.40x6

levollex 10mg



6.80x6

levollex 15mg

levollex 15mg



15

6 Magnesium Forte

15



27.10.4

60.3

Ferplex 120



RDV Le :

2mg

Pharmacie RAJA  
Dr. Belkacem EL MARZOUGI  
N° 13 Rue Abderrahmane Ben Zine  
Haj Essalam - AGADIR  
Tel. 05 28 23 56 00

الدكتور مستطرف زهير  
Dr. MOUSTADRAF Zouhair  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
57, Rue de Marrakech (Q.I.) AGADIR





6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160335

37,50



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

**LABORATOIRE EL ALLALI ANALYSES MEDICALES**

**Dr MOHAMED AZIZ EL ALLALI**

**61 bis Rue de Marrakech**

**80020 AGADIR**

**Tél: 05.28.84.33.84 Fax: 05.28.82.87.58**

**I.C.E: 001 702 973 000 057 INPE: 043060623**

**I.F: 76 14 33 30**

**"FACTURE NO" : 2206945**

**ND:190722 001**

**NP:80415**

**Analyses effectuées le .. : 19/07/22**

**Pour ..... : Mm KACHT YAMNA**

**Sur prescription du ..... : Dr MOUSTADRAF ZOUHAIR**

**TSH TSH us**

**B 250**

**Total Prélèvements : 15,00**

**Total des B : 250**

**Total Dossier : 200,00 Dirhams**



Dr. Zouhair Moustadraf  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition



الدكتور زهير مستطرف  
أخصائي في أمراض الغدد  
داء السكري و التغذية

Agadir, le : 19/07/22

## NOTE D'HONORAIRES

Nom : KACHT

Prénom : YAMNA

Deux Cents (200,00) Dhs

الدكتور زهير مستطرف  
Dr. MOUSTADRAF Zouhair  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
57, Rue de Marrakech (Q.I.) AGADIR

Dr. Moustadraf Zouhair 19/07/22

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

Mr KACHT YATINA

TSHus

07/2022

LABORATOIRE DR. EL ALLALI  
D'ANALYSES MEDICALES  
Pharmacie Biologiste  
33 84 Fax: 0528 82 87 58  
Email: laboelallali@gmail.com

Dr. MOUSTADRAF Zouhair  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
57, Rue de Marrakech (Q.I. Agadir)



# Laboratoire EL ALLALI

Dr. Mohamed Aziz EL ALLALI

Pharmacien Biologiste - Bruxelles - Belgique

Diplôme Universitaire "Qualité" - Bordeaux - France

## مختبر التحليلات العلالی

الدكتور محمد عزيز العلالی

صيدلانی إحصائی - جامعة بروكسل - بلجیکا

شهادة جامعية - "جودة" - بوردو - فرنسا

الجودة صراع المستقبل  
La qualité est le combat d'avenir

Vos résultats sur l'application :  
"Labo EL ALLALI"



☎ 05 28 84 33 84  
☎ 07 67 37 80 41

🌐 www.laboelallali.com  
✉ laboelallali@gmail.com

N° Dossier: 190722 001

Patient : Mme KACHT YAMNA

Sexe F DN: 01/01/1959 (63 ans) ND: 80415

Médecin : Dr. MOUSTADRAF ZOUHAIR

42

Prélèvement Effectué au laboratoire  
N° CIN: SH16479 N° PASSEPORT:

le 19/07/2022 à 07h31

Page : 1 / 1

## HORMONOLOGIE

TSHus

(Tech ECLIA/Roche Cobas e411)

5,98

μUI/ml

N : 0.27 à 4.20

13/12/21 : 2.10

Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI



Dr. M. A. EL ALLALI