

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058033

133433

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 5156 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Abdellah Lahouari

Date de naissance :

Adresse : Hay El Bahja Manake 2 N° 177

Tél : 05 24 43 69 17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sara ALLIBOU
Service Néphrologie
hémodialyse TR
CHU Med VI Marrakech

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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

[illegible]

Dr. Sara ALL'BOU
Service Néphrologie
hémodialyse TR
CHU Med 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
	06/10/22	B 400	480,00

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue**

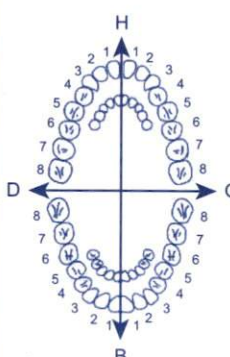
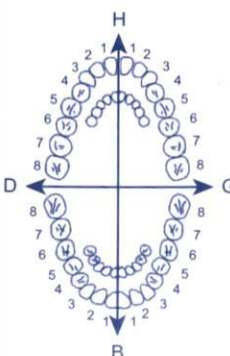
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

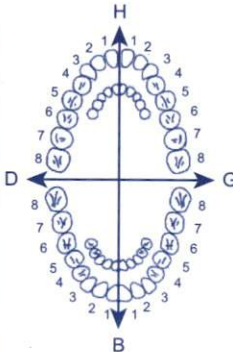
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

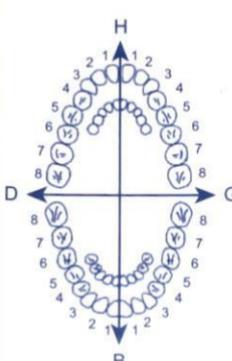
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H		Coefficient des Travaux
	D	G	
	B		Montants des Soins
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	
			G

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Date:

B.O. : AB / N°050632

Nom & Prénom : Mouna Lohouani

SVP faire

To Tacrolimus

LABORATOIRE DAR ALAIZ
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Laila ZOUGAGHI
Etablissement Dar Albir Wahisane, Imr. O.
à côté du CHU Mohammed VI, Marrakech
Tél : 05 24 29 22 55 - Fax : 05 24 29 22 54

Dr. Sara ALIBOU
Service de Pédiatrie
CHU Mohammed VI Marrakech

Signature et cachet du médecin

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° : 221000115

Marrakech le 06-10-2022

Mlle MOUNA LAHOUAOUI

Code Patient : 2209260049

Date de l'examen : 06-10-2022

Demande N° : 2210060048

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
	TACROLIMUS T0	B400	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 480 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre cent quatre-vingts dirhams

LABORATOIRE DAR ALBIR
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. LAILA ZOUGAGHI
Etablissement Dar Albir Walihsane, Immeuble « Q », Hay Mohammadi (près du C.H.U. Mohamed VI) – Amerchich – MARRAKECH
Tél. 05 24 30 12 82 / 09 89 09 09
Fax. 05 24 30 49 14

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

Site web : www.labodaralbir.com – E-mail : 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 الزوغاغي
طبيبة إحيائية

Docteur Laïla ZOUGAGHI
Médecin biologiste

Dossier ouvert le : 06-10-2022
Prélèvement du 06-10-2022 à 10:02 (au labo)
Né(e) le : 07-04-2000 (22 ans)
Edité le : 08-10-2022 à 13:03

Patient : Mlle LAHOUAOUI MOUNA
Prescripteur : CHU/Docteur ALLIBOU Sara
N° de dossier : 2210060048
Code patient : 2209260049



Page 1 / 1

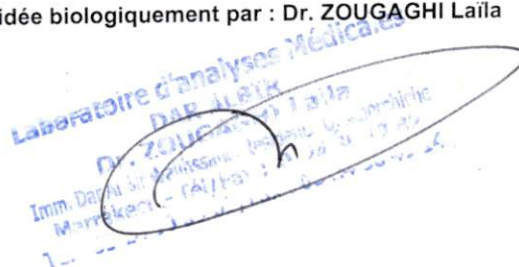
Compte Rendu d'Analyses

PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE

Tacrolimus (FK506) T0:

Voir compte rendu ci-joint.

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



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - RHÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - EM.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 07-10-2022

Prélevé le : 07-10-2022 à 17:22

Edité le : 08-10-2022

Mlle LAHOUAOU Mouna

Réf dossier: 22101200

Page N° : 1 / 1

Valeurs références

Antécédents

PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE

Echantillon sérique

Dosage du Tacrolimus

Tacrolimus :

(Dosage immunologique)

10.00 ng/mL

Marge thérapeutique :

Phase initiale : 10 à 15 ng/ml (0 à 42 jours après une greffe)

Traitement chronique : 5 à 10 ng/ml (après 42 jours)

Dr. Ouazzani

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél: 06 22 27 48 86 - Fax: 06 22 27 48 13