

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

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- 072427

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2172 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARRAKI DAFIR 173377
 Date de naissance : 29/08/1953
 Adresse : Labissa lot 4 Bouskoura 27182
 dafir.arakki@gmail.com
 Tél. : 0661 19 62 69 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/08/2023
 Nom et prénom du malade : ARRAKI DAFIR Age : 70
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Hypertension
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le 21/08/2023

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
21.08.2023				

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
	22.08.2023		660,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

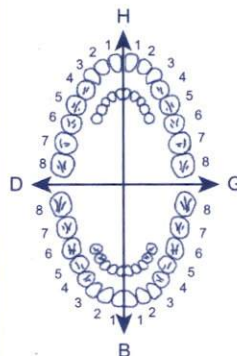
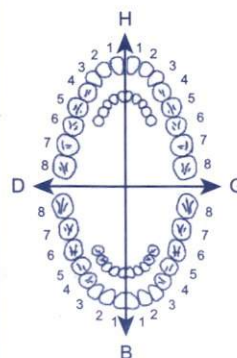
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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'EXECUTION



Arraki Dafir

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur MAROUAN Fatima
Directeur de Spécialité Endocrinologie
et Métabolisme
09 11 12 46 6

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

24 Avril 2023

M^r Arraki Dafir

- T₄L
- Thyroglobuline_{us}
- Ac anti Thyroglobuline

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Prévention
09 11 12 46 6

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur MAROUAN Fatima
Directeur de Spécialité Endocrinologie
et Métabolisme
09 11 12 46 6

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300259685

F A C T U R E

N° 34 027 / 2023 du 22/08/2023

Nom patient : **ARRAKI DAFIR**

Entrée 22/08/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/08/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Thyroxine libre (T4L)	1.00	B0200	240.00	240.00
Ac Anti thyroglobuline (Anti- TG)	1.00	B0150	180.00	180.00
Thyroglobuline	1.00	B0200	240.00	240.00
			Sous-Total	660.00
Total Frais Clinique				660.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
SIX CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total 660.00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			660.00		660.00	0.00

hopital universitaire
international mohammed VI
Centre de Diagnostic
1010/90 1110 1110 1110
053728



LABORATOIRE NATIONAL
MOHAMMED VI
D'ANALYSES MÉDICALES

Spécialités

Biochimie spécialisée
Biologie moléculaire
Biologie cellulaire
Cytogénétique

Histocompatibilité
Immunologie
Infectiologie
Anatomo-pathologie

Identifiant du patient : 23B0000188

Date de naissance : 29/09/1953

Sexe : M

Date de l'examen : 22/08/2023

Prélevé le : 22/08/2023 à 09:12

Edité le : 23/08/2023 à 11:53

ARRAKI DAFIR

Dossier N° : 23081088

Docteur PR. MAROUAN FATIMA NULL



HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

BILAN THYROÏDIEN

THYROGLOBULINE : <0.1 µg/L 0.9 - 54.0

(Sang, électrochimiluminescence, Diasorin LIAISON)

IMMUNOLOGIE - ALLERGOLOGIE

AUTO-IMMUNITÉ

(Échantillon primaire: Sérum)

ANTICORPS ANTI-THYROÏDIENS

AC ANTI-THYROGLOBULINE : < 6.4 UI/ml < 18.0

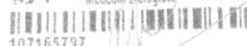
(Immuno-enzymatique ELFA/VIDAS)

Le 23/08/2023 à 11:53
Signature

Dr. YAHYAQUI ANASS

Laboratoire National Mohammed VI
d'Analyses Médicales

Dr YAHYAQUI Anass
Médecin biologiste



107165797

Pr. BAMOU Youssef

Laboratoire National Mohammed VI
d'Analyses Médicales

Pr BAMOU Youssef
Pharmacien biologiste



137166704



Laboratoire National Mohammed VI d'Analyses médicales

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Tel: +212 520 10 30 60

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical, sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical



Identifiant du patient : 230217094213S.

Date de naissance : 29/09/1953

Sexe : M

Date de l'examen : 22/08/2023

Prélevé le : 22/08/2023 à 09:12

Edité le : 22/08/2023 à 11:48

ARRAKI DAFIR

Dossier N° : 23081514

Docteur PR. MAROUAN FATIMA
NULL

Service : PRELEVEMENT



HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

BILAN THYROÏDIEN

THYROXINE LIBRE (T4L)

:

1.27 ng/dL

0.70 - 1.48

0.92 ng/dL
(08/07/2023)

(Chimiluminescence CMIA / Architect Ci4100)

Le 22/08/2023 à 11:48

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence



Laboratoire National Mohammed VI d'Analyses médicales

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.

Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

1 / 1

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2308220907332240 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300259685	ARRAKI DAFIR	22/08/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	006586	660.00
PAYANT	Total payé	660.00
SIX CENT SOIXANTE DIRHAM MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : L.KAISS



مركز النقديات

SANS CONTACT)))

22/08/23

09:06:38

9900241549

92415401

HM6 LABORATOIRE

Bouskoura

A00000000041010

APP : MASTERCARD

xxxxxxxxxxxxx7088

CARTE NATIONALE

89B2690E89C83EEF

220-0-9999-1-55

MONTANT: 660,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: OK4053

STAN : 006586

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT