

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 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

- Reclamation : 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 - 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-501208

47400

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3465 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KACHT YAMNA

Date de naissance :

Adresse : N° 02 RUE 962 SALAM AGADIR

Tél : 06 62 17 07 48 Total des frais engagés : 521,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : KACHT YAMNA

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'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 : AGADIR Le : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-501208

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3465

Nom de l'adhérent(e) : KACHT YAMNA

Total des frais engagés : 521,2

Date de dépôt :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

14/10/2020

2

200,00

INP : 042049373

الدكتور مصطفى زهير
Dr. MOUSTAORAF Zouhair
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
57, Rue de Marrakech (O.L.) AGADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur

Date

Montant de la Facture

14/10/2020

121,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 042049373

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. Moustadraf Zouhair

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

Sur Rendez-vous



الدكتور مستطرف زهير

إحصائي في أمراض الغذاء
داء السكري و التغذية

بالموعد

Agadir, Le : 14.10.20

N^o Kacht Yamina



13.10.20

lenothlyrox 50mg

Gout 6 14/10

lenothlyrox 25mg



Gout 6

12.10 14

pharmacie RAJAA
Dr. Belkacem EL MARZOUQI
N° 13 Rue Abderrahmane Ben 7 June
Hay Essalam - AGADIR
Tél. : 05 28 22 56 70

Dr. MOUSTADRAF Zouhair
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
57, rue de Marrakech (Q.I.) AGADIR
Tél. : 05 28 84 82 83 - 06 24 19 11 00

RDV Le :

57. زنقة الحاج أخنوش (زنقة مراكش سابقا). الحي الصناعي أكادير - الهاتف: 05 28 84 82 83 - 06 24 19 11 00

57, rue Haj Akhenouch, (Ex Rue de Marrakech) - Q.I Agadir - Tél. 05 28 84 82 83 - 06 24 19 11 00



0 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



0 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



0 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



0 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



0 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



0 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

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: 002 301 349 000 031 INPE: 043060623

I.F: 45 75 45 70

"FACTURE NO" : 2005434

ND:141020 003

NP:80415

Analyses effectuées le .. : 14/10/20

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

LABORATOIRE DR. EL ALLALI
ANALYSES MEDICALES
BIOLOGISTE
05 28 84 33 84 / Fax: 0528 82 87 58
laboelallali@gmail.com

Dr. Moustadraf Zouhair

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

14/10/2020

M^{re} KACHIT

YANNA

TS

Dr. EL ALAÏ
LABORATOIRE DE MEDICINES
Spécialiste en Endocrinologie
Diabète et Nutrition
Tél: 06 28 84 82 83 / 06 24 19 11 00
Email: lab.med@univ-agadir.ma



Laboratoire EL ALLALI

Dr. Mohamed Aziz EL ALLALI

Pharmacien Biologiste - Bruxelles - Belgique

Diplôme Universitaire "Qualité" - Bordeaux - France

مختبر التحليلات العلالية

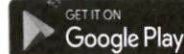
الدكتور محمد عزيز العلالية

صيدلاني إحصائي - جامعة بروكسل - بلجيكا

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: 141020 003

Patient : Mme KACHT YAMNA

Sexe F DN: 01/01/1959 (61 ans) ND: 80415

Médecin : Dr. MOUSTADRAF ZOUHAIR
42

Prélèvement Effectué au laboratoire le 14/10/2020 à 07h39
Examens créés le 14/10/2020 à 07h39
Résultat Final édité le 14/10/2020 à 09h19

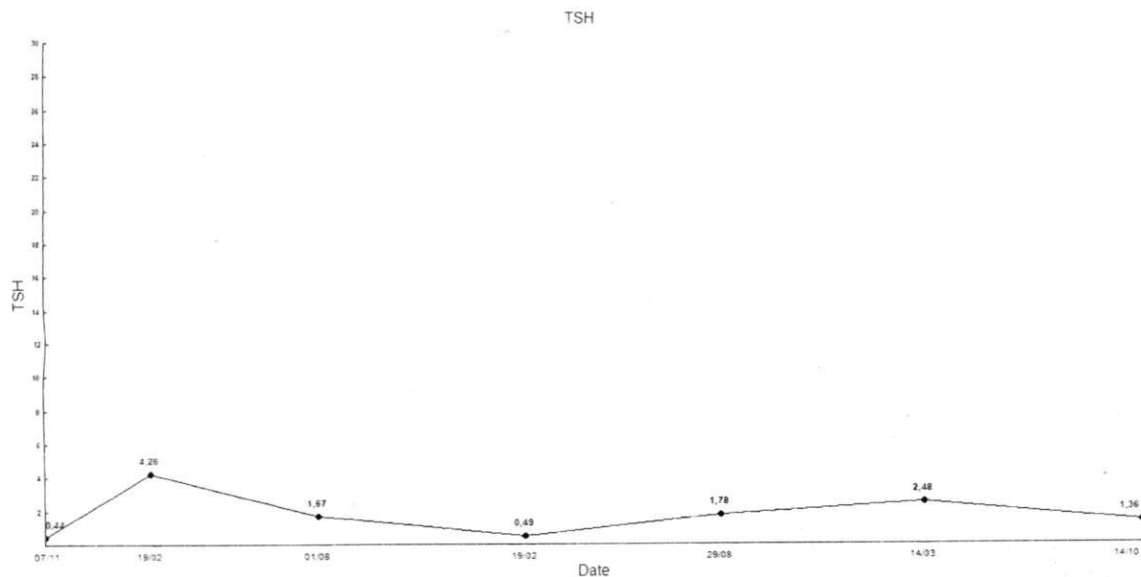
Page : 1 / 1

HORMONOLOGIE

TSHus

1,36 μ UI/ml N : 0.27 à 4.20 14/03/20 : 2.48

(Tech ECLIA/Roche Cobas e411)



Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MEDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 28 84 33 84 Fax: 05 28 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com

Dr. M. A. EL ALLALI