

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

- 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 - 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

M22- N° 000462

166032

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04784 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : M. HAMADAH - Ali

Date de naissance : 10 / 01 / 1950

Adresse : Derb L'adom - Bloc ER24/29 CD -

CASABLANCA

Tél. 0663239823 Total des frais engagés : *95710* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D: 1361 BOUSSEINI Fouzi
Médecine Générale
Echographie
294 Bd Driss El Harti CD
Casa Tél. 0522 38 95 95

Date de consultation : 11/06/2023

Nom et prénom du malade : HAMADAH ZAHIA Age: 68 ans

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

Nature de la maladie : PNEUMO HTA

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 0682-06/06/2023 Le : 11/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/05/23	C	1	150 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/23	807,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 <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 CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. IRAQI HOUSSEINI Fouzia

MÉDECINE GÉNÉRALE

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Ex. Médecin Chef

du Centre de Santé Cité Djemâa

Echographie

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier

294, Bd. Driss El Harti 1er étage

Casablanca

Tél.: 05 22 38 95 95

الدكتورة عراقى حسنى فوزية

الطب العام

محكم
ابقا
ة الجماعة
دى
ونبولي

الطابق الأول

05 22 3

LOT: L2333
PER: 07/25
PPV: 84DH80

PPV: 84DH80
PER: 07/25
LOT: L2333

PPV: 82DH70
PER: 01/26
LOT: M135-2

OEDES 20mg

LOT 210826
EXP 01/2024
PPV 52.80DH

Casablanca, le 11.05.23

HANADA - ZAHEN

84.80 x3
254.40

Prezaro

14 lemnat

182.00

Achou 1g st
1/2

170.00

Solo. Deflozaco 50

21.40

24 lemnat

Butamyl

52.80

Dr. IRAQI HOUSSEINI Fouzia
Médecine Générale
Echographie
294 Bd Driss El Harti C D
Casa Tél: 0522 38 95 95

14 af
Kunber sp
1CS

PPC: 55.00 DH
N°20210907056/RQV4/DMP/CA/18

LOT : 4234
PER : 11-24
P.P.V : 132DH00

BUTAMYL®
Salbutamol
Flacon de 150 ml
PPV : 21.40 DH

LOT : SC0258D
PER : 11/2024
PPV : 170DH50

teme gra/muf

1/21 de sor

28.00 x 2 = 46,00

= Menapocce

14 a - di + 8 l'ee

Fonf. derme auiv

1001 x 21

Dr. IRAGH MOUSSEINI Fouzia
Médecine Générale
Echographie
294 Bd. des El Hatti C D
Casa Tél.: 238 95 95

LOT: 22E
CP SEC B50
P.P.V.: 23DH00
PER: 09

LOT: 22E001
CP SEC B50
P.P.V.: 23DH00
PER: 03 2024

6 118000 011569

LOT: 01050925
EXP: 09/2025 PPC: 750H



Prélèvement du : 22-05-2023
Code Patient : 1805290031
Date de naissance : 05-07-1954 (68 ans)

Mme Zahra CHADLI EP HAMADAH

N° du dossier : 2305220028
Médecin : Dr IRAQI HOUSSEINI FOUZIA

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Urée

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

0.47 g/L

7.83 mmol/L

(0.10-0.50)

(1.67-8.33)

29-05-2018

6.6

Créatinine

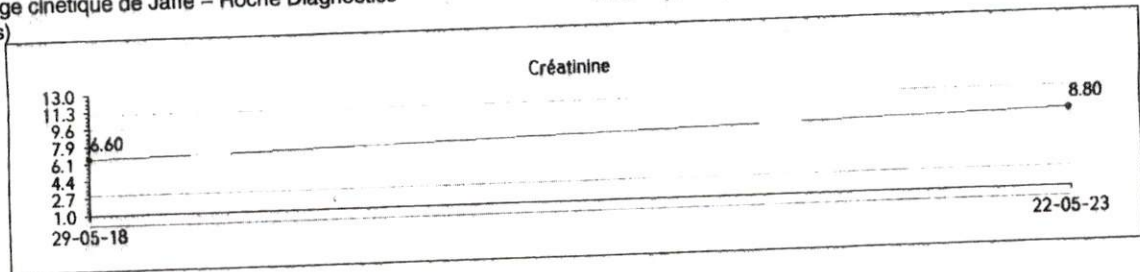
(Dosage cinétique de Jaffé - Roche Diagnostics Cobas)

8.8 mg/L

77.9 µmol/L

(3.0-11.0)

(26.6-97.4)



LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre et Bd Reda Guedira (Ex Nil) 1^{er} étage (en face Hammam El Fenne), Ben M'Sick - Casablanca - Tél : 05 22 55 69 49/50 - Fax : 0808 32 28 98
Tél : 05 22 55 69 49 / 50

Prélèvement à Domicile sur Rendez-vous



HORMONOLOGIE

16-09-2021

TSH Ultra-sensible

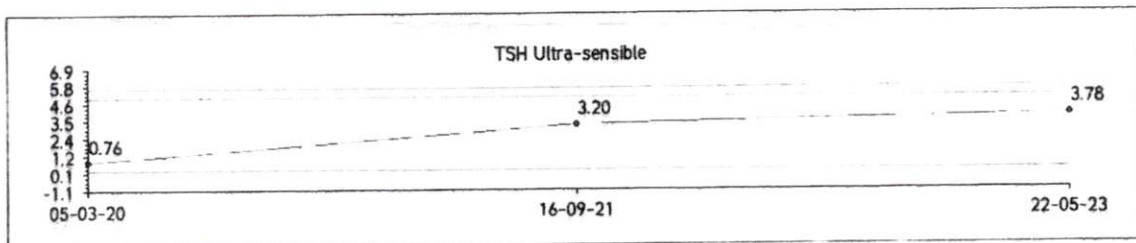
3.777 mUI/L

(0.250-5.600)

3.204

(Technique ECLIA - Roche Diagnostics Cobas)

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mUI/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mUI/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.



Age	Valeur de référence
0 à 1 mois	0,70 à 18,10 mUI/L
1 à 12 mois	1,12 à 8,21 mUI/L
1 à 5 ans	0,80 à 6,25 mUI/L
6 à 10 ans	0,80 à 5,40 mUI/L
11 à 14 ans	0,70 à 4,61 mUI/L
15 à 18 ans	0,50 à 4,33 mUI/L
> à 19 ans	0,25 à 5,00 mUI/L
Femme enceinte 1 ^{er} T	0,05 à 3,70 mUI/L
2 ^{ème} T	0,31 à 4,35 mUI/L
3 ^{ème} T	0,41 à 5,18 mUI/L

Thyroxine libre (T4L)

(Technique Chimiluminescence Beckman Coulter)

13.3 pmol/L

(7.9-14.4)

10.3 pg/mL

(6.1-11.2)

Demande validée biologiquement par : Dr HOUDA BOUTAYEB

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre et Bd Reda Guedira (Ex NII) 1^{er} étage (en face Hammam El Fenne), Ben M'Sick - Casablanca - Tél : 05 22 55 69 49/50 - 06 66 31 42 57 - Fax : 0808 32 28 98
Tél : 05 22 55 69 49 / 50