

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 9634

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : EL MANSOURI YOUSSEF

Date de naissance : 11/08/1971

Adresse : 164 CITE EL HOUAIA MOHAMMEDIA

Tél. : 0661052436

Total des frais engagés : 1612,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL ALMANSI YOUSSEF Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/03/2026



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/03/24	CS	1300,00		CS 300,00
20/03/24	CS	300,00		CS 300,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La LIBERTÉ 092040013	20/03/24	- 112,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DOCTEUR DOURA BIOLOGISTE MEDICAL	20/03/24	B900	1100 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CoeffICIENT DES TRAVAUX

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **39.995** / 2024 du **08/03/2024**

Nom patient : **EL M'CHANTEF ISRAE**

Entrée **08/03/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **08/03/2024**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total **300,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00





وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

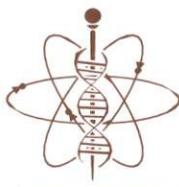
22 ISRAE EL CHANTEF

- Test aux synacthen

aux 17-04

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant LMD Sénakina
Endocrinologue et maladies Métabolique
09/2022-13





جَنْبَرُ الْحَمِيلَاتِ الْكَبِيَّةِ الْأَنْوَاعِ

Laboratoire D'Analyses Médicales Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Spécialisée

Génétique et Biologie Moléculaire
Radio-Immuno-Analyses

Mlle Israe EL M'CHANTEF

Né(e) le : 16-04-2008

Dossier N° : 2403150025

Date de l'examen : 15-03-2024

Prélevé le : 15-03-2024 12:15 en interne

Édité le : 28-03-2024

DR : SOUKAINA LAIDI

Adresse :

Page 1 / 1



Le laboratoire ANOUAL est accrédité par le COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189 (N°8-3245, Examens Médicaux)
Portée disponible sur www.cofrac.fr
Les examens accrédités sont identifiés par le symbole [AC].

Jour du cycle:

HORMONOLOGIE réglée BILAN SURRENALIEN

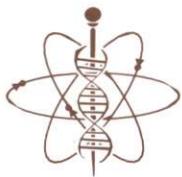
TEST AU SYNACTHENE 17OH PROGESTERONE

Temps	17 OH PROGESTERONE(ng/ml)
0	0.77
60	1.88

Population	Valeurs normales 17 OH PROGESTERONE (ng/ml)	
Hommes	<2.20	
Femmes	Phase folliculaire	<0.80
	Phase lutéale	<2.85
	Phase post-ménopausée	<0.51
Enfants	5-11ans (Garçon)	<1.10
	5-11ans (Fille)	<1
	0-5 ans	<0.63

Commentaire: Après test au synacthène Immédiat, la réponse normale est inférieure à 30,0 nmol/l (10 ng/ml).





لختير التحاليل الطبية أنوال

Laboratoire D'Analyses Médicales Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Spécialisée

Génétique et Biologie Moléculaire
Radio-Immuno-Analyses

FACTURE N° 2403150025

Mlle Israe EL M'CHANTEF

Demande N° 2403150025
Date de l'examen : 15-03-2024
Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Cleff
	Test au Synacthène-17OHP	E1200	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 1200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cents dirhams DH



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

20/03/2005

Mr. EL NCI MANSOUR Israe

36.20

1 - Stazid. 700 mg 1s

1 g x 2 pi → 3 mls.

52.60

2 - Dose 25.000

Rayoth / sene → 2000

23.40

3 - Fumafex. 1s

112.20 1gpi

*Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant LADJ SOUKA
Endocrinologie et maladies métaboliques*

PPV:

EXP:

Lot N°:

23.40 DH
12/27
L1459

PPV : 52,60

LOT : 23J26

EXP : 10/2025

LOT 240561
EXP 01 2027
PPV 36,20 36.20



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

٢٨/٠٣/٢٤

Je sens que je suis en état d'Israël
présent régulièrement au travail
à taux de 170% depuis deux
semaines au bout d'un mois.
Ce certificat est délivré à l'heure
précise et valable pour une durée

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240308110812SE / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400845313	EL M'CHANTEF ISRAE	08/03/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	015114 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SER.FAT

