

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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

- 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° P19- 0041240

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6269 Société : 32968

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MADHOUS Amina

Date de naissance : 17.07.1956

Adresse : Limasfa 2 Bloc A n° 35 Casa

Tél. : 06.78.18.40.16 Total des frais engagés : #416,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/08/2016

Nom et prénom du malade : HASSI Amina Age :

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

Nature de la maladie : DM2

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) :



# 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
29/01/20		C	600	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/07/20	156,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/06/20	B 250	200 81

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Ordonnance

Casablanca, ... 04/02/2006



Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

GABRI HAY HASSANI



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

24.40

5 - 1) Levothyrox 100

6.80 x 5  
= 34  
06 DH

4 fin

2) Levothyrox 25



Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

4 1/2 fin

156,00

PHARMACIE HADIA  
Dr. Hay Hassani  
Patente d'exercice n° 347  
Libre d'exercice à Casablanca  
Rue V. El Jazairi n° 05 65



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Dr. R. HASSANI  
Endocrinologue  
Hôpital Al Hassani

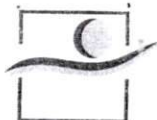


Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

RDV

30/11/20

Cms f1



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

## Ordonnance

Casablanca, 29/06/2007

Mme Sassi Amine

*[Signature]*



Ang. Bd. BOUCH.

Tél.:



AD et Bd. OUED SEBBOU - Casablanca  
90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

مؤكد الموعد

لقد تم تسجيل الموعد  
رمز التأكيد الخاص بك : 1865 0850-29062020

النسب : الحسين

المؤسسة : مستشفى الحسني  
العنوان : HAY EL HASSANI 20000 الدار البيضاء  
رقم الهاتف لأخذ المواعيد : 0522897607  
طبيعة الموعد : إستشارة طبية

المصلحة : طبيب الصدر

توقيت : بتاريخ 19.06.2020 على الساعة 8:00

- يرجى الحضور إلى الموعد مع الوثائق التالية
- بطاقة التعريف الوطنية
- بطاقة راميد في حالة التوفر عليها
- رسالة الطبيب الموجه

في حالة توفر بطاقة الرصيد

نسخة من رسالة الطبيب

نسخة من بطاقة التعريف الوطنية

نسخة من بطاقة الرصيد

نسخة من صفحة الحالة المدنية بالنسبة للأطفال



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOLISSASFA

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –  
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 65 22 93  
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 07h45 - 18h30  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENZAKOUR Kenza  
[biolissasfa@gmail.com](mailto:biolissasfa@gmail.com)

## FACTURE N° : 200600497

Mme SASSI Amina

Référence : 2006300017

Date de l'examen : 30-06-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0164	TSH us	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOLISSASFA  
Rte El Jadida Km9 - Lot. Diar Al Menzah - Lissasfa Hay Hassani Casablanca  
Tél : 05 22 65 22 93 - E-mail : [Biolissasfa@gmail.com](mailto:Biolissasfa@gmail.com)  
Dr BENZAKOUR Kenza

Route El Jadida Km9 – Lot. Diar Al Menzah – Lissasfa Hay Hassani Casablanca

Tél : 05 22 65 22 93 – E-mail : [Biolissasfa@gmail.com](mailto:Biolissasfa@gmail.com)

N° Patente : 36200084 – IF 24858272 – RC : 429382 - ICE : 001995299000048

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOLISSASFA

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –  
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 65 22 93

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 07h45 - 18h30  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENZAKOUR Kenza  
biolissasfa@gmail.com



Prélèvement du : 30-06-2020  
Code Patient 1812170028  
Edition : 30-06-2020

**Mme SASSI Amina**

Né(e) le : 17-07-1956 (63 ans – F)

Référence : 2006300017

Médecin : Dr HASSANI

Prélèvement du : 30-06-2020

## BILAN ENDOCRINIEN

**TSH Ultra-sensible**

(ARCHITECT Ci 4100)

1.18 mUI/L

04-02-2020

2.88

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,25 mU/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 5,00 mU/L

Demande validée biologiquement par : Dr K.BENZAKOUR

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

BIOLISSASFA

Dr. BENZAKOUR Kenza

Tel: 05 22 65 22 93

Rte El Jadida Km9 - Zone Industrielle  
Lissasfa Hay Hassani - Casablanca