

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 canaux, 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 canaux.

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-499156

ND° = 18160

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DHISSI SALAH EDDINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis									
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de									

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-358687	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-358687

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6076
Nom & Prénom		Dhissi Salah Eddine
Fonction :	Cab retraite	Phones 0661183466
Mail		s.dhissi@gmail.com
MEDECIN	Prénom du patient GUENDOLI DHISSI Amin	
Adhèrent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 22 NOV. 2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite 28/10/19
Affection chronique		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2		3000dh
PHARMACIE	Date	
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 28/10/19
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B 400	520,00dh	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DR. W. CHAIFI FILALI
 ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE
 51 Bd. Nabil El Meskini
 CASA - 22.44.31.77



Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie

et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le22/11/2019..... في الدار البيضاء،

الطبيبة وفاء شفيق فلاحي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

GUENDOULI DHISSI AMINA

- **Levothyrox 25 µg**
1CP /J X 3MOIS
- **Levothyrox 50µg**
1cp matin X 3MOIS

LEVOTHYROX® 75 µg

comprimé sécable

30 comprimés sécables



LEVOTHYROX® 75 µg

comprimé sécable

30 comprimés sécables



LEVOTHYROX® 75 µg

comprimé sécable

30 comprimés sécables



Dr. W. CHAFIQ FILALI
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE
51, Bd. Rahal El Meskini
ASA - Tél : 05.22.44.31.77

LEVOTHYROX® 75 µg

comprimé sécable

30 comprimés sécables



51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie

et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

المختصة وفاء شافيق فلاحي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le 28/10/19 في الدار البيضاء،

M'Guezoul El Hachemi
Amma

T4L
TSHs

Dr. W. CHAFIQ-FILALI
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE
51, Bd. Rahal El Meskini
CASA - Tél : 05.22.44.31.77



51، شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

E-mail : cab.endocrino.wchafiqfilali@gmail.com

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualificien

FACTURE N° 1910280018

Mme Amina GUENDOULI DHISSI

Demande N° 1910280018

Date de l'examen : 28-10-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
C/N	Analyse	Val	Clefs
	TSHus	B200	B
	T4Libre	B200	B

Total des B : 400

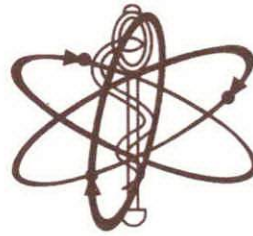
TOTAL DOSSIER : 520 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 520 DH

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**



Angle Bd. Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05.22.86.04.97
زاوية شارع أنوال وشارع الإسكندرية، حي المستشفيات، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 03 36 / 06 59 27 33 92 : الفاكس : 05 22 86 04 97
jfekkak@laboratoire-anoual.com Site web : www.labanoual.ma - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883



Mme Amina GUENDOULI DHISSI
Né(e) le : 10-12-1958
Dossier N° : 1910280018
Date de l'examen : 28-10-2019
Prélevé le : 28-10-2019 08:22 en interne
Edité le : 28-10-2019

DR : WAFAA CHAFIQ FILALI
Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BILAN THYROIDIEN

échantillon primaire : sérum

TSHus [AC] ((Chimiluminescence – COBAS 6000® Roche)) Changement de technique et de valeurs normales à partir 24/07/2017.	0.76 μ UI/ml	(0.27–4.20)	24-04-2019
			0.37
T4 L [AC] ((Chimiluminescence – COBAS 6000® Roche)) Changement de technique et de valeurs normales à partir du 10/08/2017.	13.39 pg/ml	(9.94–15.84)	24-04-2019
	17.23 pmol/l	(12.79–20.39)	14.04

