

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.

Biologie 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

N° M21- 0011313

61218

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6263 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : EL HADJ HOUS Amina

Date de naissance :

Adresse : Lissasfa 2 Bloc A n° 357 Casa

Tél. 06-78-18-40-16 Total des frais engagés : 552,00 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 : 25/02/21

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																		
			Coefficient des travaux 																		
			Montant des soins 																		
			Début d'exécution 																		
			Fin d'exécution 																		
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux 																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		Montant des soins
	H																				
	25533412	21433552																			
00000000	00000000																				
D		G																			
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis 																			
		Fin d'exécution 																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																			

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0063548	
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			



P 17 / 0063548

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6269	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		El HADHOUF Amina	
Fonction	Yeune	Phones 06.78.18.40.16	
Mail		n.elmadhouf@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐		Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes C			
Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
		60,00	
PHARMACIE		Date 19/02/2021	
Montant de la facture		122,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 18/02/2021	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
B450		4000h	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



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

Ordonnance

Casablanca, 19/04/2021

Am. ier

24,40 x 5

1) Leno 1000 400

122,00

4 + 1/2 j. p.m.

x 3

PHARMACIE NADIA
Dr Mesbahi Leïla
Patent

HAY HASSANI
Hôpital Hay Hassani



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7802160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوثيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوثيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
 - وصف لك هذا الدواء شخصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوثيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.
الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج.
قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوثيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية وأخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب

- 1 - ما هو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
 - 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
 - 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 6 - محتويات العلبة ومعلومات أخرى
- 1- ما هو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7802160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوثيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوثيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
 - وصف لك هذا الدواء شخصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوثيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.
الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج.
قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوثيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية وأخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب

- 1 - ما هو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
 - 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
 - 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 6 - محتويات العلبة ومعلومات أخرى
- 1- ما هو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7802160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوثيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوثيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
 - وصف لك هذا الدواء شخصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوثيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.
الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج.
قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوثيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية وأخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب

- 1 - ماهو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
 - 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع ؟
 - 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع ؟
 - 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
 - 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس قرص قابل للقطع ؟
 - 6 - محتويات العلبة و معلومات أخرى
- 1- ماهو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7802160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
 - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يجتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.
الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج.
قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية وأخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب

- 1 - ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
 - 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
 - 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 6 - محتويات العلبة ومعلومات أخرى
- 1- ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7802160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

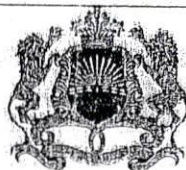
يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
 - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يجتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.
الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج.
قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية وأخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب

- 1 - ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
 - 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
 - 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
 - 6 - محتويات العلبة ومعلومات أخرى
- 1- ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟



FICHE DE REFERENCE

IDENTITÉ DU PATIENT :

Nom et Prénom :

n° Sassi Mine

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Age :

Identifiant De La CMB Ou Autres document :

Document :

Adresse :

DE REFERENCE ET LIEU DE REFERENCE :

faire svp

✓ 48H 05

PATTEMENT REÇU :

✓ 4 libre

✓ Crédit

PATTEMENT REÇU :

✓ HBAIC

AUTRES INFORMATION :

Mors

NOM ET SIGNATURE DU MÉDECIN

FAIT LE

Confraternellement



25/01/21

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 : 18-02-2021
Code Patient 1812170028
Edition : 18-02-2021

Mme SASSI Amina

Né(e) le : 17-07-1956 (64 ans – F)

Référence : 2102180017

Médecin :

Prélèvement du : 18-02-2021

BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible
(ARCHITECT Ci 4100)

19.24 mUI/L

30-06-2020

1.18

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

Thyroxine libre (T4L)
(ARCHITECT Ci 4100)

8.7 pg/mL (7.0–14.8)
11.1 pmol/L (9.0–18.9)

17-12-2018

9.9

Demande validée biologiquement par : Dr K.BENZAKOUR

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOLISSASFA
Dr. BENZAKOUR Kenza
Tél: 05 22 65 22 93
Rte El Jadida km 1,5 - ZONE AL MENZAH
Lissasfa - 34000 - Algérie

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

FACTURE N° : 210200310

Mme SASSI Amina

Référence : 2102180017

Date de l'examen : 18-02-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0161	T4 libre	B200	B
0164	TSH us	B250	B

Total des B : 450

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

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

Route El Jadida Km9 - Lot. Diar Al Menzah
Tél: 05 22 65 22 93
Dr. BENZAKOUR Kenza
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOLISSASFA

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

Tél : 05 22 65 22 93 – E-mail : Biolissasfa@gmail.com

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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M.

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
SP		Goua
		Goua
Total		

Quittance

N° 458541

Cachet du
Service

Le, 19/12/21

Signature du
Régisseur