

## 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'Horlog Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie

N° W21-782206

159363



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12436

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN HADDA Amal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661879569

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN HADDA Amal Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Frathérapie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

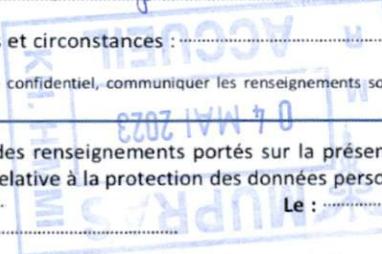
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 20/01/2013

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

#### RELEVE 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
08-04-23				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/04/13	B950	1100 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre de Médecine Nucléaire le Littoral

مركز الطب النووي الساحل

Dr. Shimi Younes  
Médecin Nucléaire

9<sup>me</sup> BEN HADDA Amal

1 - TSHus

2 - Thyroglobuline us

3 - AC anti-thyroglobuline



Dr. Younes SHIMI  
Spécialiste en Oncologie Le Littoral  
Sous 3, Bd La Grande Ceinture Ain Diab  
Tél: 0520 66 68 90/91/92  
Fax: 05 24 79 88 96/05 24 79 69 89

08/04/2023



L.A.M.M

مختبر مخلوف  
للتحاليلات الطبية

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

DEROUA le: 17/04/2023

**FACTURE N° 1627/23**

Médecin **Docteur YOUNES SHIMI**

Nom du patient **MME BEN HADDA AMAL**

Examens **- TSH- THYR- AcATG**

Cotation **B 950**

Montant **1 100,00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE CENT DIRHAMS**



ICE : 002397299000057

INPE





L.A.M.M

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Prélèvement du : 11/04/2023 à 14:04

Résultats édités le: 17/04/2023



Prescripteur: Docteur YOUNES SHIMI

MME BEN HADDA AMAL

Dossier N° 22K236

Age: 38 ans

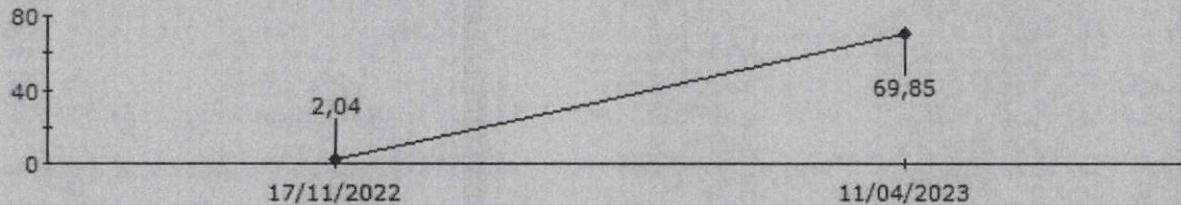
Page: 1/1

**HORMONES SANG**  
(Sur Automates VIDAS, Cobas E411 - Roche®)

**TSH ultrasensible..... 69,850 µUI/ml (\*) 0,27 à 4,20**

(Technique : Chimiluminescence sur Roche Cobas)

Antécédent du 17/11/22 - 10:37 : 2,040 µUI/ml



NB: On note un pic physiologique à la naissance vers (100 µUI/ml), avec retour au niveau des valeurs de l'adulte après environ 5 jours.

Valeurs de référence chez la femme enceinte :

1er trimestre : 0,10 à 2,50 - 2ème trimestre : 0.20 à 3,00 - 3ème trimestre : 0.30 à 3.00

**THYROGLOBULINE..... 297,12 ng/ml (\*) 1,40 à 78,00 ng/ml**

(Par Chimiluminescence sur Cobas6000)

**AUTO-IMMUNITE**  
(Sur automate ALEGRIA, IFI sur cellules Hep-2)

**ANTICORPS ANTI-THYROGLOBULINE.... 6,90**

(Chimiluminescence sur cobas 6000)

<4 UI/ml.....: Négatif

4-5 UI/ml.....: Limite

> 5 UI/ml.....: Positif

Total de pages: 1