

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0047890

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 69 63 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MADHOUS Amina 171214

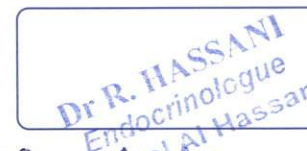
Date de naissance :

Adresse : Lissusfa 2 Dlac A n° 352 Casablanca

Tél. 0663 561061 Total des frais engagés : \$38 3,60\$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2013

Nom et prénom du malade : HASSANI Amina Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

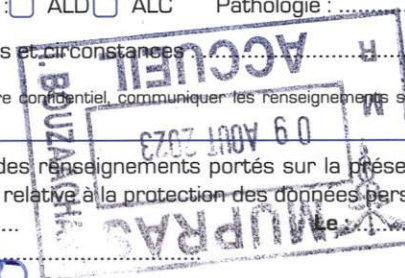
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
28/07/2023		5	60	Dr. R. HASSANI Endocrinologue Hôpital Al Hassani

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mesbahi Lotfi Pharmacie Lot 347 Ssassa 06 65 06 65 Tel: 05 22 65 06 65	28/07/23	93,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENZAKOU Laboratoire de Radiologie Lot 347 Ssassa 06 65 06 65 Tel: 05 22 65 06 65	28/07/23	P280	23900 dh

INPE:093061687

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. BENZAKOU	28/07/23					

RELEVÉ 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Ordonnance

Casablanca, 29/07/23

SAGI Amien

AS 24,40^{dh}
1) Levothyrox 100

AS 6,80^{dh} 25 jani
2) Levothyrox 25

24 jani

93,60
Dr. R. HASSANI
Endocrinologue
Hôpital Al Hassan

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

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

6 118001 102005
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

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

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

PHARMACIE NADIA
Dr. Meshahi Leila
Patente : 36208511 - R.C : 343244
Lissasfa 2 Bloc A Lot 347
Rte El Jadida Casablanca
Tél : 05 22 65 06 65



MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
HOPITAL AL HASSANI



Ordonnance

Casablanca, le

Amie - ~~h~~ I Amien

Mme SASSI Amina
17-07-1956



188247016 P. N. Ayes Médicales
 El Centro SASSA
 P.O. Box 1000 Kourou
 M. 91100 El Menzeh El Djid
 Hay Hassani - Casa
 T. 00522 65 22 93

R. HASSANI
Endocrinologue
Hopital Al Hassani

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 : 27-07-2023
Code Patient 1812170028
Edition : 27-07-2023

Mme SASSI Amina

Né(e) le : 17-07-1956 (67 ans – F)

Référence : 2307270006

Médecin :

Prélèvement du : 27-07-2023

BIOCHIMIE SANGUINE

29-11-2021

Glycémie à jeun

(ARCHITECT Ci 4100)

1.08 g/L

(0.70–1.10)

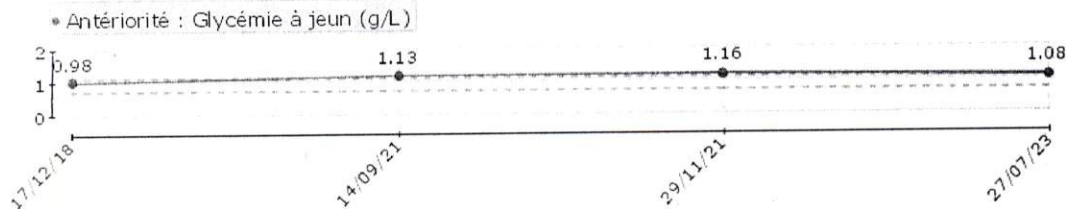
1.16

5.99 mmol/L

(3.89–6.11)

Consensus :

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)



BILAN ENDOCRINIEN

25-04-2023

TSH Ultra-sensible

(ARCHITECT Ci 4100)

0.17 mUI/L

12.36

- 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
Bd. Chaidia Talai Route El Jadida
Km. 3, Lot. Diar El Menzen Libasfa
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 65 22 93

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° : 230700604

Mme SASSI Amina
Référence : 2307270006

Date de l'examen : 27-07-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Prélèvement sanguin	E25
B118	Glycémie	B30
B164	T S H ultra sensible	B250

Total des B : 280

TOTAL DOSSIER : 230.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent trente dirham .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOLISSASFA
Dr. BENZAKOUR Kenza
Bd. Chaïbia Tadjer
Km. 9 Lot. Diar Al Menzah
Hay Hassani - Lissasfa
Tél: 05 22 65 22 93
05 22 65 22 93

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

Quittance

Reçu de M. *A. Mura*

La somme de *Soixante*

N° *510439*

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>CS</i>		<i>60,00</i>
Total		<i>60,00</i>

Cachet du
Service

Le, *28/07/2023*

Signature du
Régisseur *[Signature]*