

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0052407

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4194

Société :

195986

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HACHIMI HAKIMA

Date de naissance :

27.10.4159

Adresse :

Cité essaada C.m. 93 ERAC BOUARLANE
ACADIN

Tél. :

0661 33 60 13

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DAMOUNE Ikram
Professeur en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
INP : 081196248

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/01/24	CS		300 dh	Dr. DAMOUNI Professeur en Endodontie Maladies Métaboliques INP : 081196218
	FC		50.0 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MAHFLOUD D'ANALYSES MEDICALES Imm. Marhaba, Bd Cheikh Saadi Tél: 0528 820 210 Fax: 0528 820 451 Dr. Samir Mahfoud FILALI	30/01/24	B. 645.4	853.50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. DAMOUNE Ikram
Professeur en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
INP : 081196248

, Le: 20/03/2024

Mme El Hachimi Hakima.

Fam Sup:

- TSH

- Anti - TPO

- Anti - TG

(Thyroglobuline)

Rc: Thyroïdite

Dr. DAMOUNE Ikram
Professeur en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
INP : 081196248

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR



090064759

AGADIR Le : 31-01-2024

Facture N° 03655/24

A. Identification

N° Dossier : HIA24A31152746 N° Identifiant : 019848/23

Nom & Prénom : Mme EL HACHIMI HAKIMA

C.I.N : B244565

Adresse : AGADIR

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 31-01-2024

Date Sortie : 31-01-2024

Traitement :

Médecin traitant : DR . DAMOUNE IKRAM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FRAIS CLINIQUE		50,00			50,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE : 50,00						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. DAMOUNE IKRAM (ENDOCRINOLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						
300,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 350,00						

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

signature de l'assuré

Hôpital International Agadir
Sis à Zone Grand Stade, Route N°1
Ida Outanane - Agadir
Tél: 0528 207 171 Fax: 0528 206 464
E-mail: direction@hia.ma



Laboratoire Mahfoud d'analyses médicales

Dr Samir Mahfoud Filali

Spécialiste en analyses médiaclales : Lauréat de l'UCL. Bruxelles

Spécialiste en procréation médicale assistée : Diplôme de Montpellier UM1



المساعدة الطبية على الإنجاب
PROCRÉATION MÉDICALE ASSISTÉE

Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saadi - 29 Février - AGADIR / Tél.: 05 28 82 02 10 / 05 28 84 81 72 - Fax : 05 28 82 04 51

Code Patient : 511805
Enregistré le : 30/01/24 à 13h35 par:FD
Prélèvé le : 30/01/24 à 13h35
Edité le : 31/01/24 à 11h01
CIN:B244565 PASSEPORT:
DATE DE NAISSANCE:27/04/1959

Madame EL HACHIMI Hakima

Référence : 300124 197

Dr.DAMOUNE IKRAM

Page: 1/1

ENDOCRINOLOGIE

Cobas E411

Valeurs de référence

Antécédents

TSH ULTRASENSIBLE

Sérum (ECLIA - COBAS E411 Roche)

RESULTAT : 1,09 mUI/L (0,27 à 4,20)

ANTICORPS ANTI-THYROGLOBULINE (AC ANTI-TG)

Technique ECLIA, Cobas 6000 - Roche Diagnostic

Résultat : < 6 U/ml (< 18)

ANTICORPS ANTI-THYROPEROXYDASE (AC ANTI-T.P.O)

Technique ECLIA, Cobas 6000 - Roche Diagnostic

Résultat : < 0,80 U/mL (< 8)

Résultats validés par Dr Samir MAHFOUD FILALI, Biologiste

Dr. Samir Mahfoud Filali
Fax: 0528 820 451
Im. Marhaba, Bd. Cheikh Saadi
LABORATOIRE MAHFLOUD
ANALYSES MEDICALES
Dr. Samir Mahfoud Filali
Fax: 0528 820 451
Im. Marhaba, Bd. Cheikh Saadi
LABORATOIRE MAHFLOUD
ANALYSES MEDICALES

Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc

Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027

IF: 75701680

INP: 043000520

Code patient: 511805

le: 30/01/24

FACTURE N° 314311

Nom et Prénom ... : Madame Hakima EL HACHIMI

Prescripteur : Dr. DAMOUNE IKRAM

CODE	ANALYSES	B/HN	Clé	PRIX EN DH
!		! 245	! B	! 318,50 !
!0349	! ANTICORPS ANTI-THYROGLOBULINE AC ANTI-TG	! 150	! B	! 195,00 !
!0163	! T.S.H.	! 250	! B	! 325,00 !

Total des actes HN : 0 Total des actes B: 645 Prélèvements:15,00

Arrêtée la présente facture à la somme de 853,50 Dhs

Huit cent cinquante trois Dirhams et cinquante centimes



HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

NOM DU PATIENT : Mme EL HACHIMI HAKIMA
DATE DE NAISSANCE : 27/04/1959
HIA24A31152746



Reçu N°: 59704

Paiement du 31/01/2024 16h15

Actes	
Montant	350,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : BENIHDA RACHID Le 31/01/2024 16h15



Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 511805
30/01/2024

FACTURE N° 314311

Nom et Prénom ... : Madame Hakima EL HACHIMI

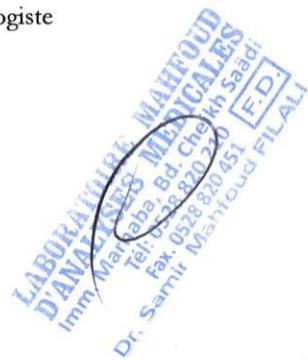
Prescripteur : Dr. DAMOUNE IKRAM

Référence..... : 300124 197

Analyses cotées à : PAT Dh 0,00+ SEC Dh 0,00+ TSH B250+ ATG B150+
ATPO B245+

Arrêtée la présente facture à la somme de **853,50 Dhs**
Huit cent cinquante trois Dirhams et cinquante centimes

Dr. Samir MAHFOUD
Biologiste



HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 31/01/2024

LE:31/01/2024

DATE SORTIE : 31/01/2024

DR. DAMOUNE IKRAM (ENDOCRINOLOGUE)

HONORAIRES : 300,00 Dh (TROIS CENTS DIRHAMS)

PATIENT : MME EL HACHIMI HAKIMA

signé et cacheté

Dr. DAMOUNE IKRAM
Professeur en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
INP : 081196245