

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0052407

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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




# 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
31/01/24	cs		300 dh	
	fc		50 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/11/24	B6454	853,50

# AUXILIAIRES MEDICAUX

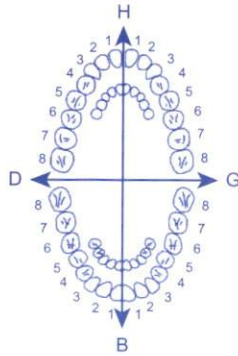
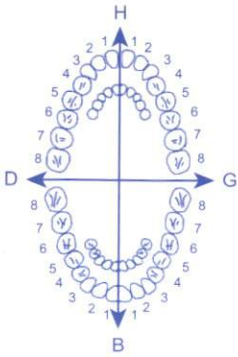
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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: 30/01/2014

Mme EL Hachimi Hakiema.

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

<b>Facture N° 03655/24</b>				<b>C. Débiteur</b> <span style="float:right">page 1/1</span>			
<b>A. Identification</b> N° Dossier : HIA24A31152746      N° Identifiant : 019848/23 <b>Nom &amp; Prénom : Mme EL HACHIMI HAKIMA</b> C.I.N : B244565 Adresse : AGADIR				<b>Organisme : Payant</b>  ICE :      Adresse : <b>D. Période d'Hospitalisation</b> Date Entrée : 31-01-2024 Date Sortie : 31-01-2024			
Médecin traitant : DR . DAMOUNE IKRAM				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
<b>PRESTATIONS</b>							
1	FRAIS CLINIQUE		50,00			50,00	
Total Rubrique :						<b>50,00</b>	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>50,00</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>							
1	DR. DAMOUNE IKRAM (ENDOCRINOLOGUE)		300,00			300,00	
Total Rubrique :						<b>300,00</b>	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>300,00</b>	
Arrêté la présente facture à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>350,00</b>	

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





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  
Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saadi  
Tél: 0528 820 210  
Fax: 0528 820 451  
LABORATOIRE MAHFOUD  
D'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
!	!	!	!	!
!	!	!	!	!
!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**

LABORATOIRE MAHFOUD  
D'ANALYSES MEDICALES  
Imm. Marhaba Bd Chaikh Saadi  
Tél: 0528 820 210 [F.D.]  
Fax: 0528 820 451  
Dr. Samir Mahfoud FILALI

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

NOM DU PATIENT : Mme EL HACHIMI HAKIMA DATE DE NAISSANCE : 27/04/1959 HIA24A31152746	
	
Reçu N°: 59704	
Palement 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