

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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

W21-841501

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1136 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : EL KAOUINI M'Hamed

Date de naissance :

Adresse : 143-ht. EL ANDAR - JAW BOUAZZA C.A.S.A

Tél. : 0663 64 9528 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : EL KAOUINI Youssef Age : 47

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 : C.A.S.A. Le : 18/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
21/11/2024		cf	GUL	<p>Dr Maria BENTHAMI EP Spécialiste en ORL et anc. Massif facial 24 46 23 60 00</p>

[illegible][illegible]

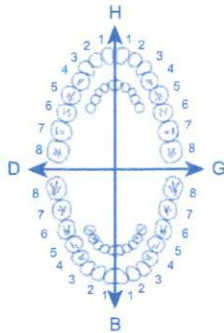
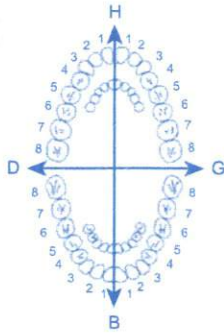
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </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> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>								
	H																										
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	B																										
	D	G																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>[Création, remont, adjonction]</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires																									
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											
				<input type="text"/>																							
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Maria Benthami epghorfi

د. مارية بنتهامي العفري

Specialiste en ORL et
Chirurgie Cervico-faciale
Exploration endoscopique
Test des fonctions auditives
(adultes et enfants)

Ancien Médecin
Au CHU Rabat au CHU Renne
HOP MED V Safi

SAFI



أخصائية
أمراض و جراحة الانف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق. الفحص بالمنظار
إختبار وظائف السمع الكبار والصغار

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي الرباط
بالمستشفى الجامعي رين
مستشفى محمد الخامس Safi

Bilan Biologique

Nom :

- Handwritten: N. ELHACHIMI*
- ☐ NFS
 - ☐ Glycémie à jeun
 - ☐ Hémogl. Glyquée
 - ☐ TSH
 - ☐ FT3L/ FT4L
 - ☐ Calcémie
 - ☐ ASLO
 - ☐ TPHA/VDRL
 - ☐ Sérologie HIV
 - ☐ VIT D
 - ☐ VS
 - ☐ CRP

CENTRE DE BIOLOGIE MÉDICALE CHU
Dr. LAARAICH Said
Av. Kennedy Imm. 75 Safi
Tél: 05 24 62 30 40

Dr Maria BENTHAMi EP Lrhorfi
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervicofaciale
Résidence Nassim - Av Kennedy SAFI
05 24 46 23 66

مختبر الشفاء للتحليلات الطبية

CENTRE DE BIOLOGIE MÉDICALE CHIFAA

DR. SAID LAARAICH

Ancien Docteur Biologiste
à l'Hôpital CHU Ibn Rochd -Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie
Biochimie - Parasitologie - Mycologie
Hormonologie - Biologie de la Reproduction



د. سعيد الأعريش

إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء
الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات
علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات
علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

SAFI le: 27/11/2023

Duplicatat

FACTURE N° 27507/23

Duplicatat

Médecin

Docteur BENTHAMIA MARIA

Nom du patient

MR EL KAOUINI YOUNESS

Examens

- TSH

Cotation

B 250

Montant

160,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: CENT SOIXANTE DIRHAMS

BIOLOGIE MEDICALE CHIFAA
Dr. LAARAICH Said
Av. Kennedy Imm. 75 Safi
Tél: 05 24 62 30 40



113062913

Avenue Kennedy, Imm 75 - Safi - Tél: 05 24 62 30 40 - Fax : 05 24 62 30 33 - Gsm : 0666306919
Email : biocentre.chifaa@gmail.com - IF:50585603 - INPE:113062913 - ICE: 002924765000015

شارع كينيدي عمارة 75 - آسفي

مختبر الشفاء للتحليلات الطبية

CENTRE DE BIOLOGIE MÉDICALE CHIFAA

DR. SAID LAARAICH

Ancien Docteur Biologiste
à l'Hôpital CHU Ibn Rochd - Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie

Hormonologie - Biologie de la Reproduction



د. سعيد الأعريش

إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء
الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات
علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات
علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

Prélèvement du : 27/11/2023 à 11:15

Résultats édités le: 27/11/2023



MR EL KAOUINI YOUNESS

Dossier N° 23I959

Page: 1/1

HORMONOLOGIE

(Sur Automate Roche Cobas E411)

TSH ultra sensible.....: 1,120 μ UI/ml
(Electrochimiluminescence)

Antécédent du 17/10/23 - 13:22 : 0,052 μ UI/ml

Interprétation:

0.250 - 5 μ UI/ml : Euthyroïdie

Sup à 5 μ UI/ml : Hypothyroïdie

Inf à 0.250 μ UI/ml : Hyperthyroïdie

Total de pages: 1

CENTRE DE BIOLOGIE MÉDICALE CHIFAA
Dr. LAARAICH Said
- Av. Kennedy Imm. 75 Safi
Tél: 05 24 62 30 40



Avenue Kennedy, Imm 75 - Safi - Tél: 05 24 62 30 40 - Fax : 05 24 62 30 33 - Gsm : 0666306919
Email : biocentre.chifaa@gmail.com - IF:50585603 - INPE:113062913 - ICE: 002924765000015

شارع كينيدي عمارة 75 - آسفي