

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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

N° P19- 052252

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7929 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAM Liji A. D. C. R. M. M.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-052252

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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.

**PRAS** : 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

N° P19-0040823

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7929 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAMLIJI ABERNAHIM  
Date de naissance : 01-01-1960  
Adresse : Agadir  
Tél. : 0662 072894 Total des frais engagés : 883,60 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/05/2020  
Nom et prénom du malade : EL ACHKER MIMA Age : 52 Ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hypothyroïdie  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-040823

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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
14/05/2020	C		150,00	
18/05/2020	C		67	
06/07/2020	C		67	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/05/2020	133,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/05/2020	K20	400,00
	03/07/2020	B250	200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				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'EXEC

Dr. AMAL SEDIKI

Médecine Générale  
Diplôme en Echographie  
Tél: 05 28 32 06 71

الدكتورة أمال الصديقي

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
الهاتف: 05 28 32 06 71

Agadir, le: 14/05/2023

ACHKER MINA

6,80 x 2 - 13,60

17 Lévothyrox 25 mg

1/2 cp 1 à jeun. Pdt 13,60

1 cp 18 Pdt

2 cp 18 Pdt

13,60  
Pdt

Lévothyrox 50

1 cp 18 le mat

6,80  
+

Lévothyrox 25 mg

1 cp 18 le mat



PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

Tél: 05 28 32 06 71 E-mail: amal.sediki04@gmail.com

بلوك K. رقم 526. الطابق الأول. (فوق متجر ممتاز ألوان، قرب صيدلية الذهبية) - أكادير  
Bloc K - N°526, 1er Etage (en haut de supermarché alwan, près de pharmacie dahabia), Al Houda, Agadir  
(الرجو اصطحاب هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة)



49.60 x 2 = 99.80  
① une folt. 100000 123AB



Lamp / 15j

pt 0 3 mois

133.60

**Dr. Amal SEDIKI**  
Médecine Générale  
Diplôme d'Echographie  
N° 526 Bloc B/30 page  
Al Houda Hospital  
Tel: 06 75 77 77

صيدا  
Pharmacie ELFATH  
N° 49 B/30 page  
Diplôme d'Echographie  
Tel: 024 77 95 95



6 118001 102006

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

7862160335



6 118001 102006

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

7862160335



6 118001 102006

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

7862160335

**RADIOLOGIE  
RYAD ACHIFAE**



**الفحص بالأشعة  
رياض الشفاء**

Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse  
Scanner multibarette - Ponctions guidées (Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية الملقف - الدكتور عمر الخيالي  
Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI

Agadir, le : 16/05/2020

Facture N° 160520

Identité : El achkar mina

Examen : Echographie K20

Montant : 400.00 + Dhs.

Dr.

RADIOLOGIE RYAD ACHIFAE

N°129, Angle rue de Marrakech et Av. Al Moukawama, AGADIR

Av. Al Moukawama, AGADIR

Tél : 05 28 84 36 26

**Dr. AMAL SEDIKI**

Médecine Générale  
Diplôme en Echographie  
Tél: 05 28 32 06 71

المدكتورة أمال الصديقي

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
الهاتف: 05 28 32 06 71

Agadir, le: 14/05/2020

Mme EL ACHIKER MIMA

- Age = 52 ans.
- présente une hypothyroïdie  
fonction à 70, 38 jours.
- faire SVP :  
Echographie cervicale

IRMCC 31748

**RADIOLOGIE RYAD ACHIFAE**

N°129, Angle Rue de Marrakech et  
Av Al Moukawama, AGADIR  
Tel 05 28 84 36 26

Dr. Amal SEDIKI  
Médecine Générale  
Diplôme en Echographie  
Bloc K - 1er Etage  
Hôpital H. Agadir  
Tél: 05 28 32 06 71

Raniv

Tél: 05 28 32 06 71 E-mail: amal.sediki04@gmail.com

بلوك K. رقم 526، الطابق الأول، (فوق متجر ممتاز ألوان، قرب صيدلية الذهبية) الهدى - أكادير.  
Bloc k - N°526, 1er Etage (en haut de supermarché alwan, près de pharmacie dahabia), Al Houda, Agadir  
(الرجو اصطحاب هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة)

LABORATOIRE EL ALLALI ANALYSES MEDICALES

Dr MOHAMED AZIZ EL ALLALI

61 bis Rue de Marrakech

80020 AGADIR

Tél: 05.28.84.33.84 Fax: 05.28.82.87.58

I.C.E: 001702973000057 INPE: 043060623

I.F: 76143330

"FACTURE NO" : 2003090

ND:030720 091

NP:7513

Analyses effectuées le .. : 03/07/20

Pour ..... : Mm EL ACHKER MINA

Sur prescription du ..... : Dr SEDIKI AMAL

TSH TSH us

B 250

Total Prélèvements : 15,00

Total des B : 250

Total Dossier : 200,00 Dirhams

**Labo EL ALLALI d'Analyses  
de Biologie Médicale**  
61, Rue de Marrakech, Agadir (devant tribunal)  
Tel: 24 33 84 Fax: 82 87 58 GSM: 06 97 42 33 48  
Site: www.laboelallali.com Email: laboelallali@gmail.com  
Lundi - Vendredi: 7h30 - 18h30  
Samedi 7h30 - 12H00



**Dr. AMAL SEDIKI**

Médecine Générale  
Diplôme en Echographie  
Tél: 05 28 32 06 71

الدكتورة أمال الصديقي

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
الهاتف: 05 28 32 06 71

Agadir, le:

14/05/2020

Dr. EL AKHKEB MBOA

Faire SVP :

TSH us

Le 01/07/2020

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. Amal Sediki  
Tél/Fax : 05 28 32 06 71  
Email : laboelakheba@gmail.com

Dr. AMAL SEDIKI  
Médecine Générale  
Diplôme en Echographie  
Bloc k - N°526, 1er Etage  
Al Houda Agadir 34000

Tél: 05 28 32 06 71 E-mail: amal.sediki04@gmail.com

بلوك k. رقم 526. الطابق الأول. (فوق متجر ممتاز ألوان، قرب صيدلية الذهبية) الهدى - أكادير -  
Bloc k - N°526, 1er Etage (en haut de supermarché alwan, près de pharmacie dahabia), Al Houda, Agadir  
(الرجو اصطحاب هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة)



# Laboratoire EL ALLALI

Dr. Mohamed Aziz EL ALLALI

Pharmacien Biologiste - Bruxelles - Belgique

Diplôme Universitaire "Qualité" - Bordeaux - France

# مختبر التحليلات العلالية

الدكتور محمد عزيز العلالية

صيدلاني إحيائي - جامعة بروكسل - بلجيكا

شهادة جامعية - "جودة" - بوردو - فرنسا

الجودة صراع المستقبل  
La qualité est le combat d'avenir

Vos résultats sur l'application :  
"Labo EL ALLALI"



☎ 05 28 84 33 84  
☎ 07 67 37 80 41

🌐 www.laboelallali.com  
✉ laboelallali@gmail.com

N°Dossier: 030720 091

Patient : Mme EL ACHKER MINA

Sexe F DN: 05/08/1968 (51 ans) ND: 7513

Médecin : Dr. SEDIKI AMAL  
01

Prélèvement Effectué au laboratoire le 03/07/2020 à 09h56  
Examens créés le 03/07/2020 à 09h57  
Résultat Final édité le 03/07/2020 à 12h42

Page : 1 / 1

## HORMONOLOGIE

**TSHus**

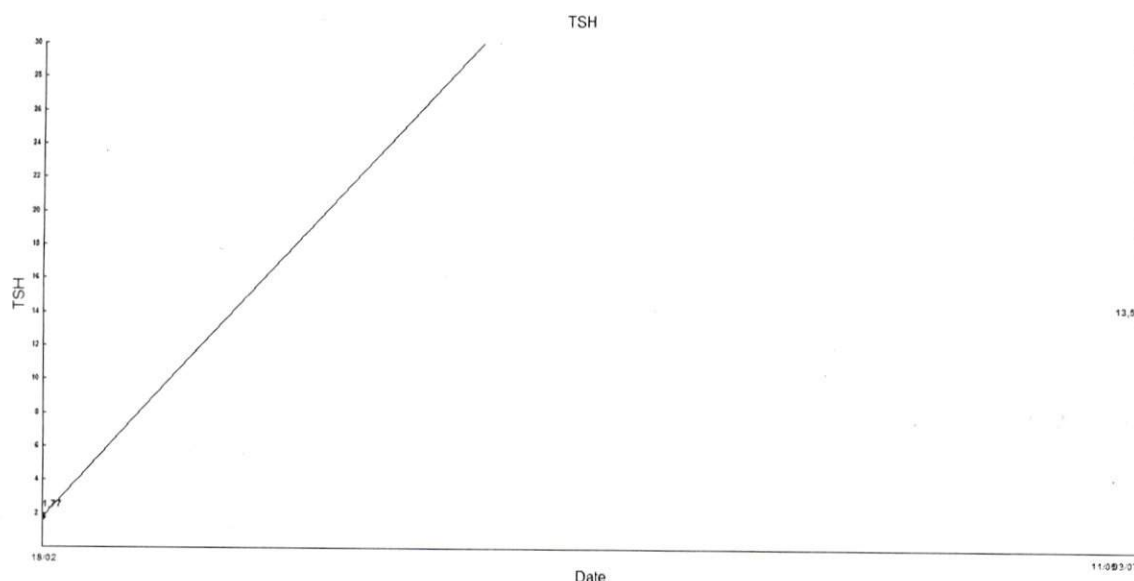
(Tech ECLIA/Roche Cobas e411)

13,57

μUI/ml

N : 0.27 à 4.20

11/05/20 : 70.38



Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

LABORATOIRE EL ALLALI  
ANALYSES BIOLOGIQUES  
Pharmacien Biologiste  
Tel: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58  
Email: laboelallali@gmail.com  
Dr. M. A. EL ALLALI

61, Bis, rue de Marrakech, Quartier industriel Agadir  
INPE: 043060623 / Tel: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58  
Web: www.laboelallali.com / Mail: laboelallali@gmail.com





Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse  
Scanner multibarette - Ponctions guidées (Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية الملقف - الدكتور عمر الخيالي  
Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI

Agadir, le 16/05/2020

Médecin demandeur DR.SEDIKI

Mme. EL ACHKER MINA

### ECHOGRAPHIE CERVICALE :

La thyroïde est de volume normal estimé à 9 cc (Normal = 6-18 cc).

Le lobe droit mesure 46x16x15 mm et le lobe gauche mesure 42x14x14mm.

Le parenchyme thyroïdien est hypoéchogène hétérogène sans image nodulaire.

Pas d'accentuation de la vascularisation à l'examen doppler.

Pas d'adénopathie cervicale.

### AU TOTAL :

Thyroïde de volume normal ayant un aspect de thyroïdite.

Dr. Rachid TANTAOUI  
Radiologue  
Cabinet de Radiologie RYAD ACHIFAE  
Imm. Achfouk, N° 129 Angle rue de Marrakech  
et Av. Al Moukawama, Agadir  
Tél: 05 28 84 36 26 - Fax: 05 28 84 36 03

DR TANTAOUI



