

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

## tions 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

73395

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2869

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAHOUINY - ABDEERRAHMAN

Date de naissance : 01-01-52

Adresse : 29, Rue Ben Youssef - Hay Erraha - Beauséjour

Tél. : 05 22 90 90 84

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FARIDA HILIMA 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



07 JUIN 2021

ACCUEIL

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie HAY SL Matoussi</i> Rahia Oulfa - Tel. : 93.20.36	05/06/2021	34,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

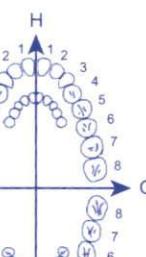
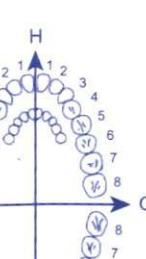
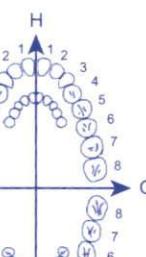
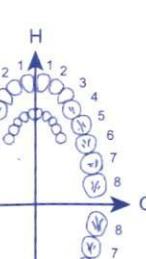
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan

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 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		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'EXECUTION

# Dr. Nadia IBNOU SOUFYANE

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie

## Nutrition et Maladies Métaboliques

( Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité

Maladies des glandes Endocrines - Troubles Hormonaux

Troubles de la Croissance et de la Puberté - Nutrition )

Diplômée de la Faculté de Médecine et  
de Pharmacie de Casablanca

DIU Echographie Cervicale(Goître)

Paris Descarte



# الدكتورة نادية ابن سفيان

اختصاصية في أمراض الغدد - السكري

التغذية وأمراض الأيض

( داء السكري - الغدة الدرقية - السمنة . الكوليسترون )

أمراض الغدد الصماء - الإضطرابات الهرمونية

إضطرابات النمو و البلوغ - التغذية )

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم أخصائي للفحص بالصدى على

مستوى العنق ( الغدة الدرقية )

باريس ديكارت

Casablanca le, 05/06/2021

6.80 x 5

Mme FARIHI Ahlima

LEVOTHYROX 25 µg Cpr séc Plq PVC/alu/90

1 Comprimés 1/2 le matin avant le repas pendant 3 mois

SA

Dr. IBNOU SOUFYANE Nadia  
Endocrinologie - Diabétologie  
Maladies Métaboliques  
Rés. Mouahidine Hay Mohamadi  
Casablanca - Tél: 05 22 35 35 71

Dr. Nadia IBNOU SOUFYANE  
Pharmacie Hay El Mkaoua  
Rés. Oum Rabia Guifa - Tél : 93 20 7

زنقة 7، إقامة مولاي إدريس 1 الطابق السفلي BO الحزام الكبير الموحدين الحي المحمدي 20570 الدار البيضاء

Rue 7 Résidence My Idriss 1 RDC BO Almouahidine grande ceinture Hay Mohamadi - Casablanca

Tél : 05 22 35 35 71 - E-mail : n.ibnousoufyane@gmail.com



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



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