

# 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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.

## **ééducation :**

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

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](http://www.mupras.com)

85340

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0000068**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 7941 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKHRIF Salma Date de naissance : 25/06/1961

Adresse : 25 RUE TAMARAKFI AP 24 CASA

Tél. : 0661 593659 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

*Docteur Mustapha TOUTHAMI  
ORL et Chirurgie cervico-faciale  
Chirurgie maxillo-faciale  
76, Rd Abdelloumen - Casablanca  
TÉL 0522 98 82 02*

Date de consultation : 19/08/2021

Nom et prénom du malade : LAKHRIF SALMA Age : 2009

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hypothyroïdie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

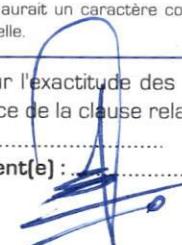
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 23/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
19-08-2021	CS	CS	250	Docteur MUSTAPHA HAMI ORL et Chirurgie cervico-faciale Chirurgie maxillo-faciale 76, Bd Abdelmoumen - Casablanca Télé: 0522 98 82 02 HAMI
19-08-2021	Docteur HAMI	Docteur HAMI	50	Docteur MUSTAPHA HAMI ORL et Chirurgie cervico-faciale Chirurgie maxillo-faciale 76, Bd Abdelmoumen - Casablanca Télé: 0522 98 82 02 HAMI

### 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

### 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**(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



د. هشام الوزانى التهامى

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

## Pharmacien Biologiste

Ancien Interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier  
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté  
de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 23-08-2021

Prélevé le : 23-08-2021 à 10:31

Édité le : 23-08-2021

Mme LAKHRIF Selma Yousra

Réf dossier: 21084752

Page N° : 1 / 1

	Valeurs références	Antériorités
<b>BILAN ENDOCRINien</b>	Echantillon sérique	
<b>TSHus</b> (Technique chimiluminescence)	<b>&lt;0.010</b> µUI/mL	(0.270–4.200)
<i>Valeurs de référence chez la femme enceinte :</i>		
1er Trimestre	0,1 à 2,5	
2ème Trimestre	0,2 à 3	
3ème Trimestre	0,3 à 3	
<i>Endocrine Society JCEM 2012; ATA 2011; ETA 2014</i>		
<b>Anticorps anti-Thyroglobuline</b> (Technique chimiluminescence)	<b>&lt;0.90</b> UI/mL	(<4.00)
<b>Ac anti-Thyropéroxidase</b> (Technique chimiluminescence)	<b>4.20</b> UI/mL	(<9.00)
<b>AC anti-Recepteurs TSH</b> (Technique chimiluminescence)	<b>4.35</b> UI/L	(<1.75)

**NB:** Entre 1.75 et 2.25 UI/L, les résultats sont considérés comme "équivoques": Un contrôle sur un nouveau prélèvement est souhaitable en fonction du contexte clinique et/ou thérapeutique.

#### Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerkouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13  
E-mail : labocbc@gmail.com - Site web : [www.laboratoirecbc.com](http://www.laboratoirecbc.com) - INP : 093001006 - Patente : 35405458 - C.N.S.S. : 6368949 - I.F : 40110273 - I.C.E : 001699292000019