

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

iologie 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.

adie 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

91893

Déclaration de Maladie : N° S19-0003008

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7153 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

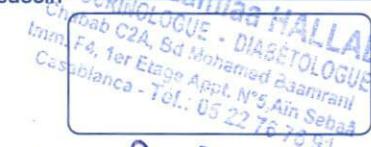
Nom & Prénom : CHAIFI Khadija Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2021

Nom et prénom du malade : CHAIFI Khadija Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Thyroïdite

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHABAB GOURCIF CASABLANCA CE7115 7413</i>	11/10/21	38435

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

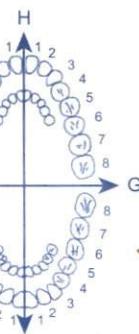
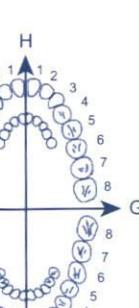
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D			B	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur Lamiaa HALLAB

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse

Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....

Echographie Thyroïdienne et Générale

Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



الدكتورة لمياء حلاب

اختصاصية في علم الغدد الصماء

أمراض السكري، التغذية وأمراض الأيض

السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية

الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....

الفحص بالصدى

التغذية وعلاج السمنة

M

Casablanca, le

11.10.2021

Mme CHAFI Khadija

13.10x3

1 LEVOTHYROX 50 CP SEC

1 cp le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

2 LEVOTHYROX 25 CP SEC

1 cp le matin, une demi-heure avant le repas, pendant 3 mois.

3 EXTRAMAG

1 GEL le matin, pendant 3 mois.

4 CALCIBRONAT 2 g cp efferv : T/20

1 le matin et le soir, pendant 1 mois.

PHARMACIE ATHINA
N°7 Lot Chabab Groupe CI
Ain Sebaâ CASABLANCA
INPE : 052067115
Tél : 0522767691

13

Demandez à votre pharmacien de vous donner un exemplaire du livret de suivi de la thyroïde.
Ce livret contient des informations utiles sur la maladie de la thyroïde et sur la prise de médicaments.
Il vous aidera à mieux comprendre votre état et à suivre vos résultats de laboratoire.
Il est recommandé de le remplir régulièrement et de le montrer à votre médecin lors de vos rendez-vous.

تاریخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous

