

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

mail: azouinka@ajialair  
maroc.com

Tele: 0666354186

M.J.E: 11413

condon

Casablanca, le :

24/07/2020

34510

## ZOUINKA MOHAMED SAAD

- Axe gonadotrope
  - LH basale
  - FSH basale
  - ~~Test de stimulation~~
- Axe Somatotrope
  - IGF1
- Axe thyréotrope
  - T4 libre
  - TSH
  - ~~T3 libre~~
  - ~~Anti-TPO~~
  - ~~Anti-récepteur TSH TRAK~~
- Bilan de malabsorption et ionogramme
  - Urée
  - Créatinémie
  - Réserves alcalines
  - NFS + Plaquettes
  - Ig A anti transglutaminases
  - ~~Dosage pondéral des IgA~~
- Bilan phospho-calcique
  - Vitamine D2/D3

U.S

Dr. Farid JENNANI  
Professeur de Pédiatrie  
Endocrinologie - Diabétologie - Gynécologie  
Adolescent et du Adolescent

21 JUL 2020

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00  
direction@clinique-ajial.ma / [www.clinique-ajial.ma](http://www.clinique-ajial.ma)

27 JUL 2020

# IMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

les :

rév à l'adhérent doit être dûment renseigné.

rév au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

able est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux

lités, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

es actes effectués en série.

nt, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

es médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ie :

qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être

iance médicale pour toute demande de remboursement.

l du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

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

ile renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

ement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

début de traitement.

jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

s est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

ongue Durée ALD et ALC :

maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

iles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

ent de statut : adhesion@mupras.com

t de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

bdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
0000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie  
N° P19-0046934

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

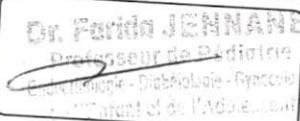
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Retard de croissance

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-046934

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

