

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être rempli par le patient.
- Le cadre réservé au médecin doit être rempli par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires, soins dentaires spécialisés, 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.

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe

- 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.

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

- 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.

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

0	Réclamation	contact@mupras.com
0	Prise en charge	pec@mupras.com
0	Adhésion et changement de statut	adhesion@mupras.com

Prévoyance
Sociales
Maroc

Nº W19-491018

09 622

Nom & Prenom : SAITI Abdelerrahman

Tel : 06.88.56.31.33 Total des frais engagés :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2014 14:00:00 / 14/04/2014 14:00:00

Nom et prénom du malade :

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

veuillez fournir une facture

veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-348054	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-348054

DATE DE DEPOT

20/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 09622
Nom & Prénom S.ATTI Abderrahman		Signature de l'adhérent
Fonction : Retraité	Phones 06 88 56 31 33	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient El Bannali Naima	
Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐	Age 55	Date 15/11/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Newit laral Throid		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		150 DH
PHARMACIE	Date 15/11/19	
Montant de la facture	52.00	
Pharmacie AL MATAR LAMARTI Iman Mehdi Ben Baraka, 32 Al Farah 06 39 99 32 29 - Tétouan		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des honoraires	
B340	530 DH	
LABORATOIRES 14, Av. Moulay El Mehdi Tétouan Tel: 06 39 99 32 29 Fax: 06 39 99 32 29		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Elza Khabibullina

Médecine Générale



الدكتورة إلزا خيبولينا

الطب العام

Tétouan, le :

15/10/19
El Barkati Naima

- Levothyrox 25

$680 \times 3 = 2040$

1 cr 1 3 mes

- Deliprane 1000

1 cr 1 3/1 5

2 1/2

$1580 \times 2 = 3160$

52.00

Pharmacie AL MATAR
LAMARTI Iman

Av. Mehdi Ben Baraka, 32 Al Farah
Tél : 05 39 99 32 29 - Tétouan

Dr. ELZA KHABIBULLINA
Médecine Générale
1, Casablanca Rés. Ahl El Khair Bloc H N°1 Tétouan
Tél/Fax : 05 39 97 15 15
INPE : 161207642

شارع الدار البيضاء إقامة أهل الخير بلوك H رقم 1- تطوان

Av. Casablanca Rés. Ahl El Khair Bloc H N° 1 - Tétouan

التلفاكس : 05 39 97 15 15 / Tél

PPV15DH80
PER 06/22
LOT 11509

FPV15DH80
PER 06/22
LOT 1604
S1

6 118001 102006

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

6 118001 102006

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

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطا

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق

هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

6 118001 102006

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

يجب قراءة

- احتفظ بهذه
- إذا كانت لدى
- وصف لك هذا الدواء شخصي. لا يجب
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكم. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة

انظر الفقرة 4

فترة الحمل.

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يحتاج قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين. الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية و أخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب فرط التدرق.

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 6 - محتويات العلبة و معلومات أخرى

1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟

الصنف الصيدلاني العلاجي

هذا الدواء هرمونة درقية

دواء الاستعمال

أثار على القدرة على قيادة المركبات و استخدام الآلات

ليفوتيروكس ليس لديه أي أثار على قيادة المركبات و استخدام الآلات

ORDONNANCE

,Le:

15/11/19
El Bammal,
Nama

TSC
T 4

J
Dr. ELZA KHABISULLINA
Medicine Générale
Casablanca Route de Tétouan 7011 Tétouan
Tél/Fax : 0539 70 15 15
INPE : 161207642

LABORATOIRE SLAOU
Analyses Médicales
Dr Fouad Khaless
14, Av Mauritania Tétouan
Tél : (0539) 70 03 45
Fax : (0539) 70 18 25

192737

Patente : 51300010 ICE 001684740000073 INPE : 163060536 IF 74058094

LABORATOIRE SLAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Fouad KHALESS

Pharmacien Biologiste

14, Av. Mauritanie 93 000 TETOUAN

Tél. : 0539 70 03 45 - Fax : 0539 70 18 25.



Tétouan le samedi 16 novembre 2015 Madame EL BAKKALI NAIMA

FACTURE N°	100349
------------	--------

Analyses :			
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	180	Total : B 340
Thyroxine libre (T4L) -----	B	160	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			530,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Trente Dirhams





مختبر السلاوي للتحليلات الطبية LABORATOIRE SLAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Fouad KHALESS
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Biochimie Hématologie, Bactériologie
Immunologie, Parasitologie et Mycologie

Docteur ELZA KHABIBULINA

Dossier ouvert le : 16/11/19.

Edité le : 16/11/19.

Prélèvement effectué à 08:09.

Madame EL BAKKALI NAIMA

Dossier N° : 19K791

Page N° 1

HORMONOLOGIE

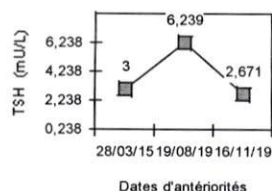
THYREOSTIMULINE (TSH us) : 2,671 mU/L

(Limite de détection : 0,005 mU/L)

Valeurs de référence

0,34 - 5,6

Résultat du 19/08/19 : 6,239 mU/L



T4 LIBRE (T4L) : 12,32 pmol/l

(Limite de détection : 1,0 pmol/l)

Soit : 9,61 ng/l

7,5 - 21

5,85 - 16,38

