

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

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.

Prothèse :

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.

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

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



46906
Déclaration de Maladie : N° S19-0003001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7159 Société : RA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFI Ichodje Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 752.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2020

Nom et prénom du malade : CHAFI ICHODJE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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) :



RELEVÉ 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
28/10/20	C		250	
28/10/20	Echobu		300	

[illegible][illegible]

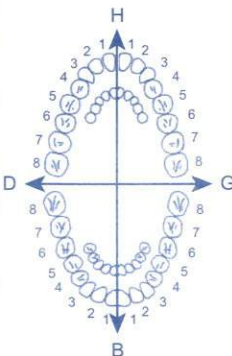
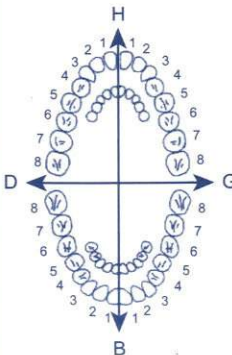
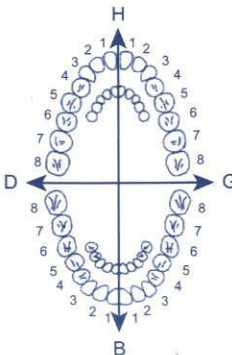
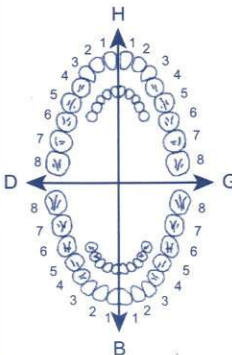
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

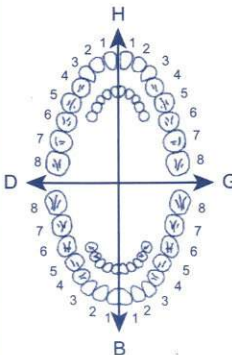
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

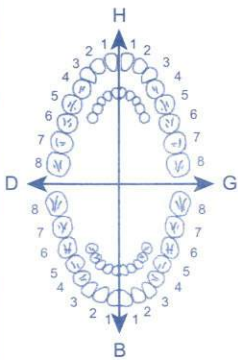
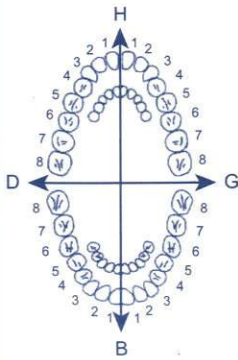
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

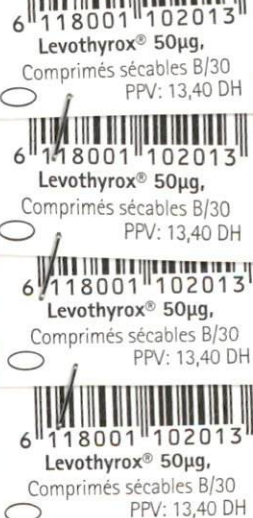
Docteur Lamiaa HALLAB

**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



د. حلاب
عدد الصم
أمراض الأيض
رقية، الغدة النخامية
لغوغ المتأخر
دى
السمنة

Casablanca,
28.10.2022



Mme CHAFI Khadija

LEVOTHYROX 50 CP SEC

1/2 cp le matin, pendant 7 jours. puis 1 cp le matin pdt 3 mois

13.40x4

49.60x3
D-cine fult 100000

1 sup 1/2

1 sup 1/2

202.40

30 - aut pde

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

PHARMACIE ATHINA
N 7 Lot Chabab Groupe C2
Ain Sebaa CASABLANCA
INPE : 092067115
Tel : 05 22 73 74 73



تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous بالموعد

Chabab C2A, Bd Mohamed Baamrani Imm. F4
1er Etage Appt. N°5 Ain Sebaa - Casablanca

Tél : +212 522 76 76 91 / +212 662 60 08 81
E-mail : hallab_lamiaa@hotmail.com

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 الصم
أمراض السكري، التغذية و أمراض الأيض
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية
الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....
الفحص بالصودي
التغذية وعلاج السمنة

M

Casablanca, le 28 Octobre 2020

Madame CHAFI Khadija

Motif de l'examen:

??????? UNE PHRASE

Technique:

Sonde haute fréquence .

Résultats:

La glande thyroïde est de volume normal, d'écho structure hétérogène, avec des septas hyperéchogène pseudonodulaire, à vascularisation peu élevée au doppler couleur

-Le lobe droit mesure 26.3*49.3*15.3mm, siège d'un nodule hyperéchogène mesurant 6.2*6.6mm

-Le lobe gauche mesure 19.3*47.1*13.8mm,

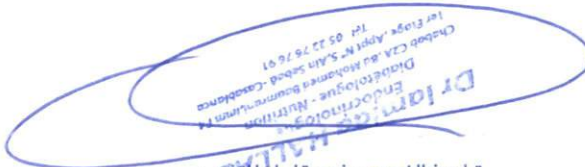
-L'isthme mesure 4.4mm d'épaisseur,

-Absence d'adénopathies cervicales

-Axes vasculaires libres.

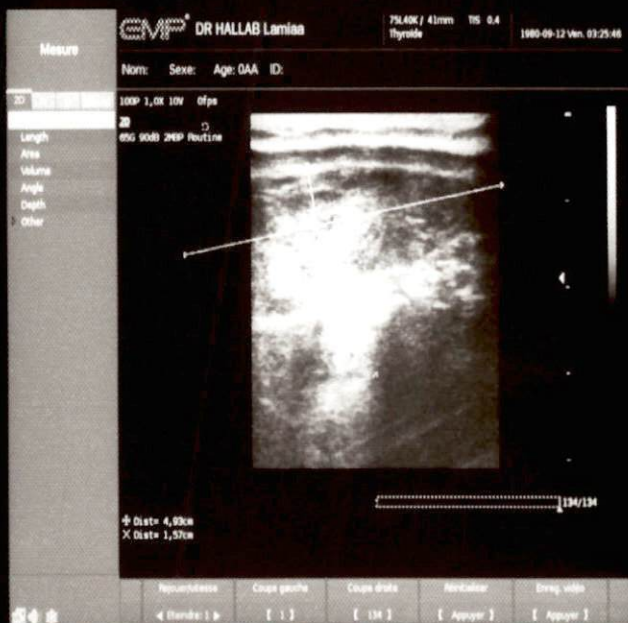
Conclusion:

Aspect échographique en faveur d'une thyroïdite, avec nodule lobaire droit classé EUTIRADS 2



تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous بالموعِد



Measure

NOTE: Sex: M = Male; F = Female; Age: OA = Old Adult; ID =

DR HALLAB Limited

75L40K / 41mm Thyrida TS 0.4

1980-09-12 AM 03:26:35

Thyroids

NOT FOR POST

82

00000000000000000000

Upstream

58.74

Abstract

where

Designs



\times DART = 4.71cm
 \div DART = 1.36cm

WEEK 1 = 1450 +

```
GET/GET|.....
```