

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2118 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TALABI AHMED A 69441

Date de naissance : 21/01/1949

Adresse : AL Khayrama F4 n° 185 lissaf CASA

Tél. : 06 72 18 01 34 Total des frais engagés : 41217,90 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/07/2023

Nom et prénom du malade : Noureddine EL HOUDEYFI Age : 78 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré, Maladie de Ménière, Hypertension artérielle, Atteinte cardiaque

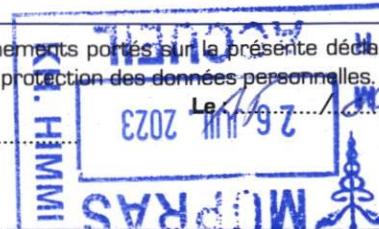
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 15/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Le 15/07/2023

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
07/07/13	-	-	C	Dr. TALEB EL HOUDA Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme diabetologie, Métabolisme alcool et tabac 1er étage Rue Lalla Aicha N° 45 Casablanca 10100 Téléphone : 0522 20 11 11 Fax : 0522 20 11 11 Email : taleb_el_houda@outlook.com
15/07/13	-	C2	2100 DT	N° 45 1er étage Rue Lalla Aicha Casablanca 10100 Téléphone : 0522 20 11 11 Fax : 0522 20 11 11 Email : taleb_el_houda@outlook.com Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme diabetologie, Métabolisme alcool et tabac Point Chahdia 104156

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOUFIANE Groupe K. P. 104 N° 23/25 EL Oued - Tizi Ouzou - Algeria Tel : 05 22 53 09 63 S.F. 000500246000026	15/07/23	967,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

3) Levothyrox 50 µg (cp)



13,40 x 3

1cp/j

3ds

4) Levothyrox + 25 µg (cp)

6,80 x 2

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulja - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026



soit 62,5 µg

3ds

T = 967,90

3 sachets au total

peut-on

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



6 118001 130160

6 118001 031931

Galvus Met® 50 mg/500 mg

Boite de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



6 118001 130160

6 118001 031931

Galvus Met® 50 mg/500 mg

Boite de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



6 118001 130160

Dr. Fatima Ezzahra
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء
طالب الهودي

SPÉIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION

اختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،
أمراض الأيض و التغذية.

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.
- Diplôme Universitaire d'Endocrinologie et Métabolismes de la transition, Paris.

INPE : 092054428

- كريديت كلية الطب بالدار البيضاء.
- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء.
- محلوم جامعي في أمراض الغدد والأيض أثناء الالتحاق إلى مرحلة البليوغ، باريس.

Casablanca Le : 15/07/23

ORDONNANCE MÉDICALE

Mr. Nabily Fatima

Ⓐ Galus met 50/500mg (cp) 3x1
390,00 x 2

O - V - O aconséder à jeun
3x1

44,70 x 3

Ⓑ Diamox 500mg (cp) 3x1

I.C.E : 0005002245000025
Tel : 05 22 83 09 63
EL Oulef - Casablanca
Groupe K, Rue 152 N°22/25

PHARMACIE SOUFANE

lendemain matin

petit déj

3x1

J. TALEB EL HOUDA F.Z
Spécialiste en Endocrinologie
et Diabetologie, Maladies Métaboliques
et Nutrition
1er Etage Rue 3 Rond Point Chahdia
Casablanca - Tel: 0522 104158

N°48
Oulfa, Casablanca taleb@gmail.com



05 22 10 41 59



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point
Chahdia, Oulfa, Casablanca