

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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



Déclaration de Maladie : N° S19-0003015

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7158 Société : RAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFI Khadija Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664 427 313 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Lamiaa HALLAB  
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE  
Chabab C2A, Bd Mohamed Baamrani  
Imm. F4, 1er Etage Appt. N°5, Ain Sebaa  
Casablanca - Tél. : 05 22 76 76 91

Date de consultation : 26 / 01 / 2021

Nom et prénom du malade : CHAFI Khadija Age :

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

Nature de la maladie : Dysfonction

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) :

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



### 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
26/01/21	C.S		250	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/21	338.85

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

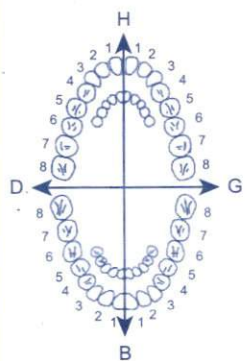
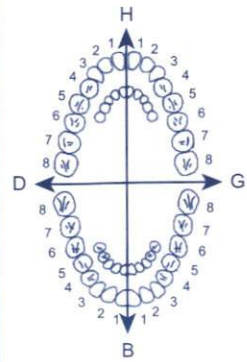
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
			DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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

أخصائية في علم الغدد الصم  
أمراض السكري، التغذية و أمراض الأيض  
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية  
الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....

الفحص بالص  
التغذية وعلاج



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

26.01.2021



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Mme CHAFI Khadija



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

1 LEVOTHYROX 50 CP SEC

1 cp le matin, avant le repas, pendant 3

2 LEVOTHYROX 25 CP SEC

1/2 cp le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

3 EXTRAMAG

1 GEL le matin, pendant 3 mois.



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

COOPER PHARMA

PPC: 95,00 DH

COOPER PHARMA

PPC: 95,00 DH

COOPER PHARMA

PPC: 95,00 DH

PHARMACIE ATINA  
N°7 Lot Chabab Groupe C2  
Ain Sebaa CASABLANCA  
Tél: 032067115  
05 23 77 11 15

Docteur Lamiaa HALLAB  
ENDOCRINOLOGIE  
Chabab C2A, Bd Mohamed Baamrani Imm. F4  
1er Etage Appt. N°5 Aïn Sebaâ - Casablanca - Tél: 03 22 11 11 15

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

بالموعد Sur Rendez-vous

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

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