

# 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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0020911

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7153 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAFI Khedja  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 300 + 923,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 23/09/2023  
 Nom et prénom du malade : CHAFI Khedja Age:  
 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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : Casablanca Le : 24/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
26.02.23	C.S		3000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

26/02/2023      923,70

### 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

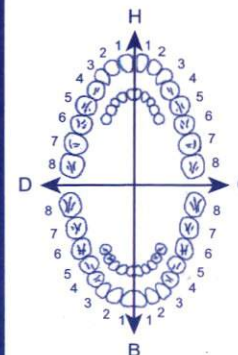
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

#### 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

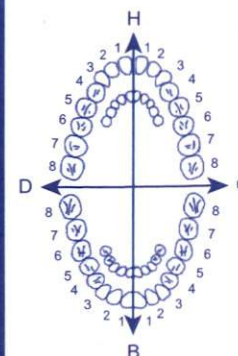
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Spécialité 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

إخصائية في علم الغدد الصم  
أمراض السكري، التغذية و أمراض الأيض  
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية  
الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....  
الفحص بالصورة  
التغذية وعلاج السمنة

Mme CHAFI Khadija

26.09.2023

le

### 1 LEVOTHYROX 50 CP SEC

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

### 2 LEVOTHYROX 25 CP SEC

1 cp le matin, une demi-heure avant le repas, pendant 3 mois.

### 3 WELLMAN

1 cp le matin, après le repas, pendant 3 mois.

### 4 MELGOS B6

1 cp le soir, pendant 3 mois.

### 5 CURIOLEX FORTE

1 le matin et le soir, pendant 1 mois, PUIS 1 PAR JOUR PDT 3 MOIS

PHARMACIE ATHINA  
N°7 Lot Chhabab Groupe C2  
Am Sebca CASABLANCA  
INPE 092067115  
Tel: 05 22 73 74 73

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

بالموعد **Sûr Rendez-vous**

Andalous 3, Jasmine office 3. N°1,  
1 étage, route Bouskoura - Casablanca

Tél : +212 522 76 76 91 / +212 662 60 08 81  
E-mail : dr.lamiaa.hallab@gmail.com  
@ dr.hallablamiaa



aux

LOT: 230111  
DLUO: 01/2026  
83.00DH



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

**WELLWOMAN 30 CP**  
PVC : 129,00 DH  
Ut Av : 31/10/2024  
Lot : QB144741  
IPHABIOTICS  
5 021265 243686

**Ingédients:** Capsule  
Glycérine, Colorants nat  
Huile de germe de s  
d'Evening Primrose, H  
ascorbique), Monostear  
Niacine, Complexe ci  
Vitamine E source nat  
Acide pantothénique (s  
Mix de caroténoïdes  
vitamine B1), Vitamin  
cuivre (oxyde), Al  
(trichloride), Séléni

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 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

**Musfon**  
30 Comprimés  
Deva Pharmaceutique

6 118000 410263

في الرحم

LOT: M1088  
FER: 07/2026  
PPV: 50,40DH

**Deva**

ج واجبي صيدلي مسؤول

Ut Av : 31/10/2024  
Lot : QB144741  
IPHABIOTICS

5 021265 243686

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

12/2023  
12/2025  
0722010

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :



3 760162 5

PPC = 95,00 DHS

12/2023  
12/2025  
0722010

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP

**Ingédi**  
Glycérine  
Huile  
d'Eveni  
ascorbic  
Niac  
Vitan  
Acide  
Mi



3 760162 579741

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

12/2023  
12/2025  
0722010

PPC = 95,00 DHS

BEDELIX 3G  
SACHETS B30  
LOT  
PER



57DH70  
80021010234