

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0964 Société : RAM 187568

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN SOLTANA miloud

Date de naissance :

1982
HASSANIEH

Adresse :

Tél. : 0661832803 Total des frais engagés : 1746.04 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : BEN SOLTANA miloud Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Copjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DIASIT mixte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

20 DEC 2023

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 : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
11/12/23	CS	1	300	300

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YAFA Mme AL KHAFIF AMAL Imm 52 Hay Moubaraké Sidi Bernoussi Casablanca Tél: 09 22 73 94 44	11/12/23	1446.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

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

اختصاصية في علم الغدد الصماء
أمراض السكري، التقذيف وأمراض الأيض
السكري مرضة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية
الغدة الناظرة، تأخر النمو، البالوغ المتأخر.....
الفحص بالصدى
التغذية وعلاج السمنة

علاج الغدة الدرقية بتردد الحراري

Mr BEN SOLTANA Miloud
Traitement l'activation thyroïdienne

11.12.2023

M

2496.00

1 PRAZOL 20



1 GEL le soir, pendant 3 mois.

2 BD MICROFINE PLUS AIGUILLE



3 DIAFORMINE 850 MG

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

4 JARDIANCE 10 MG

1 cp à midi, pendant 3 mois.

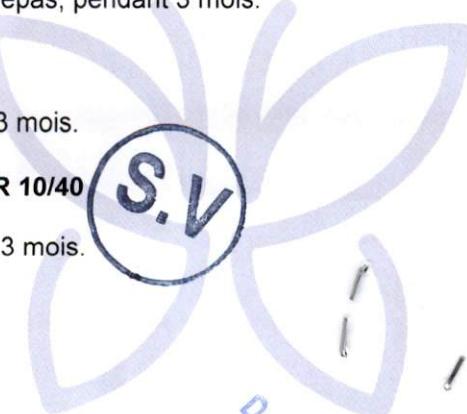
5 SULIQUA SOLOSTAR 10/40

30 le matin, pendant 3 mois.

1200.00

1446.00

PHARMACIE YAFA
Mme AL KHAFIF AMAL
Imm 52 Hay Moubaraka
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 03 22 73 94 44



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

Prazol® 20mg

Oméprazole

28 gélules



6 118000 041009

PPV : 96DH00

PER : 09/25

LOT : M1410-3

Prazol® 20mg

Oméprazole

28 gélules



6 118000 041009

PPV: 96DH00

PER: 03/26

LOT: M3533-

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV: 18DH00

PER: 04/26

LOT: M1434

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV: 18DH00

PER: 03/26

LOT: M1151

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.I.

Aïn sebaâ Casablanca

Sillqua 100UI+60 MCG

Sol Inj STL Pr 3ML B3

P.P.V: 1200,00 DH



6 118001 082278

PPV: 18DH00

PER: 06/26

LOT: M2112

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276