

# 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

- 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.

M22- 0015819

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00774 Société : 134094

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENYAHYA ABDELLAOUI

Date de naissance :

1949

Adresse :

186 LOTISSEMENT FLORA

Télé. :

0665 200 252

Total des frais engagés : 883,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18 OCT. 2022

Nom et prénom du malade :

IBN YAHIA Abdellah Age :

Lien de parenté :

Eui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ophtalmie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

Ophtalmie

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 :

DR ACCUEIL

Le : 14 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

IBN YAHIA Abdellah



### 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
07/10/2022	08 OCT 2022	lib	G 300 dh	DR. N. CHAIFI FILALI ENT. DENTALISTE 51 Bd RABTA Casablanca - Tel: 0524 43111

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham <b>Pharmacie RAB13</b> 173, Bd EL Hiraa Lot Errabi BERRECHID - Tél: 0522 33 89 00	08/10/2022	133,80

### - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABORATEL - 0016519200016 ICCE - 0016519854023 SIDI MAAOUR TELE: 3615985424 - RC: 41023 CE: 4066198624 - TP: 3615985424	08/10/2022	B 250	623 DM.

### AUXILIAIRES MEDICAUX

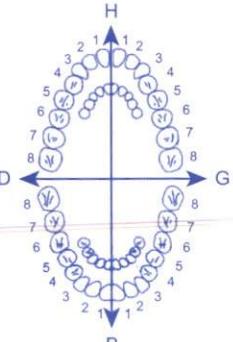
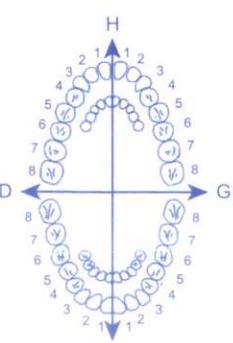
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>G</b> <b>B</b>	<b>Coefficient des Travaux</b>	
	[Création, remont, adjonction] 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 Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques

Diabète • Cholestérol • Obésité • Goitre  
Perturbations Hormonales  
Ménopause • Andrologie

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le .....

# الدكتورة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في أمراض الغدد  
وداء السكري والكوليستيرونول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية  
الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

07/10/2021  
M. BEN YASSIR ALDeneffah

- |                                                                                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> TSH u-s              |
| <input type="checkbox"/> Glycémie Post-Prandiale (2 heures après le repas)                               | <input checked="" type="checkbox"/> T <sub>4</sub> L     |
| <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée (Hb A1 C)                                                   | <input type="checkbox"/> T <sub>3</sub> L                |
| <input type="checkbox"/> Fructosamine                                                                    | <input type="checkbox"/> Anticorps anti TPO              |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides                                                                   | <input type="checkbox"/> Anticorps anti récepteurs TSH   |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total                                                               | <input type="checkbox"/> Cortisol libre Urinaire         |
| <input type="checkbox"/> Urée                                                                            | <input type="checkbox"/> Cortisolémie -8h.....           |
| <input type="checkbox"/> Crétatimine                                                                     | <input type="checkbox"/> Prolactinémie à -10h.....       |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie sur les urines de 24h                                          | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> ECBU                                                                            | <input type="checkbox"/> IGF 1                           |
| <input type="checkbox"/> TGO/TGP/GGT                                                                     | <input type="checkbox"/> Anticorps anti gliadine         |
| <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite B et C                                                       | antiendomysium                                           |
| <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> CRP                    | <input type="checkbox"/> Testosteronémie                 |
| <input type="checkbox"/> Uricémie <input type="checkbox"/> Fer Sérique <input type="checkbox"/> Ferritin | <input type="checkbox"/> 17 OH Progestérone              |
| <input type="checkbox"/> Calcémie <input type="checkbox"/> Vitamine D <sub>2</sub> / D <sub>3</sub>      | <input type="checkbox"/> Dérivés Methoxylées             |
| <input type="checkbox"/> PSA                                                                             |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Clairance de la Crétatimine                                                     |                                                          |

LABORATOIRE SIDI MAROUF  
IF : 40606866 - TP : 36159884DH  
CNS : 986124 - RC : 410236  
ICE : 001681692000016 LDL

Dr. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGISTE  
Casablanca, Bd. Rahal El Meskini  
Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

51 - شارع رحال المسكيني - إقامة الصفارقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

Téléphone : 05.22.54.02.60 / WhatsApp : 06 82 51 89 93

**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
**Sidi Maarouf**

**Facture**

Casablanca, le 07/10/2022

Dossier N°: 071022-020 du: 07/10/2022

Médecin Dr : CHAFIQ FILALI WAFAA

Patient :Mr BENYAHIA Abderrafie

Analyse	Valeur en B	Montant
TSH-us : Thyréostimuline-Hormone	250	335,00
FT4 : THYROXINE LIBRE	200	268,00

Montant de prélèvement : 20,00

Total en dirhams à payer: 623,00

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
IF : 40606866 LP : 36159885  
CCE : 0016821502000016  
CNSS : 986124 - RC : 410236



LABORATOIRE SIDI MAAROUF

# مختبر التحاليل الطبية سيدى معروف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAÂROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI  
Médecin Biologiste

Casablanca, le 07/10/2022

Code Patient : 21-00562

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 071022-020 Pvt du: 07/10/2022 9:04

Nom : Mr BENYAHIA Abderrafie

Demandé par Dr : CHAFIQ FILALI WAFAA



Page : 1/1

### ANALYSES HORMONALES

			Valeurs Usuelles	Antériorité
TSH-us : Thyréostimuline-Hormone (Technique immunoenzymatique Access2 Beckman Coulter)	:	2,11 µUI/ml	( 0,34 - 5,6 )	7,06 (14/01/22) 3,31 (09/07/21)~~~
T4L : THYROXINE LIBRE (Technique immunoenzymatique Access2-Beckman Coulter)	:	1,48 ng/dl 18,50 pmol/l	( 0,61 - 1,63 ) ( 7,63 - 20,38 )	0,85 (09/07/21)

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
Dr. GHIZLANE HADDIOUI  
Médecin Biologiste  
Casablanca  
Rd.P.P.Sidi Maârouf  
Tél: 0522 33 52 09 / 05 22 78 03 20 / 05 22 33 52 71 • GSM : 06 68 15 24 24 • E-mail : labosidimaarouf@gmail.com  
Fax: 0522 33 52 71

**Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI**

Spécialiste en Endocrinologie

et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

**الطب المكتوب وعلم تقويم فلال**

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليستروول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le ..... 08/10/2022 الدار البيضاء، في

**BENYAHYA ABDERRAFIH**

24.60x3

• **Levothyrox 100 µg**

1 Comprimé, matin, pendant 6MOIS LES JOURS PAIRS

13.60x3

• **LEVOHYROX 50**

1CP / J X 6 MOIS LES JOURS IMPAIRS

6,80x3

• **Levothyrox 25 µg**

1 Comprimé, +1/2/J LES JOURS IMPAIRS pendant 6MOIS

133,80

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
173- Bd. El Hiraa Lot Errabi  
..... 1592 33 69 0

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

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

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

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

شارع رحال المسكنى - إقامة بصفار رقم 19 - الدار البيضاء  
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA  
Téléphone: 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف: / Whatsapp : 06 82 51 89 93

E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com

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

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

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

7862160335