

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

PRAS 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.

PRAS : 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° P19- 0042945

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **64067**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **000863**

Société : **R.A.M.**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : **VEUVE**

Nom & Prénom : **LOUKAIFI SAADIA**

Date de naissance : **1.1.1949** à **Casa**

Adresse : **63, Rue MEH let, Ap. 19, Ben Jaha Casablanca.**

Tél. : **05 22 44 30 75**

Total des frais engagés : **903,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. W. CHAFIQ FILALI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
51, Bd. Rana El Meskini
08 MARS 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **SAID SAADIA**

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Diabète + Affection Longue Durée**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Hyperlipidémie + Hypercholestérolémie**

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 : **17 / 3 / 2021**

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

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
08 MARS 2021				DR. W. CHANOBAN ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE 51, Bd. Rahal El Meskine TSA - Tél. 05 22 44 31 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

08/03/21 603,30.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

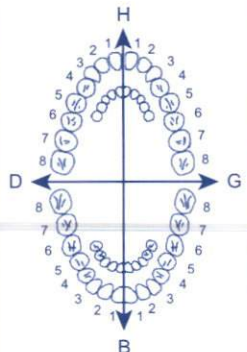
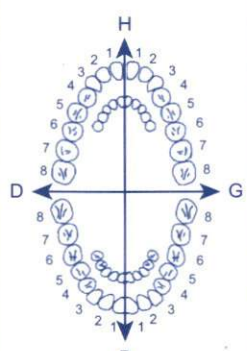
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EX

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

الطبيبته وفاء شافيق فيلالي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le في الدار البيضاء،

08/03/2021

SAID SAADIA

- Levothyrox 100 µg
1 Comprimé/J X 3 MOIS
- Levothyrox 25 µg
1 Comprimé, matin, pendant 2 MOIS
- Metformine win 500
1 Comprimé, midi, pendant 3 MOIS
- Crestor 5 mg
1 Comprimé/ JOUR X 3 MOIS
- Zyloric 100mg
1 Comprimé,/JOUR LE SOIR pendant 3
- apixol pulv
1 pulv,X 3/J

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
El Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
El Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
El Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

LOT 202592
EXP 10 2024
PPV 46,70 DH

LOT 200502
EXP 03 2023/09
PPC : 89,50 DH

PHARMACIE
BLOC 6
Benidia - Le Comptoir
Tél: 05 22 22 22 22
MAVAN

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E012
PER: 05 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E012
PER: 05 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E012
PER: 05 2023
6 118000 062127

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار 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 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24.40 DH

7862160342




6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24.40 DH

7862160342



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

7862160342



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

7862160335