

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.

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.

cique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres
753C7

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000863

Société : R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LOUKRIFI SNAIDA

Date de naissance :

1.1.1949 CASA

Adresse :

63, Rue 4 etage Bergilia
Rue 19, Casablanca

Tél. 05 22 44 30 75

Total des frais engagés : 1969,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 22/6/2021

Signature de l'adhérent(e) :

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8</

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
09/06/2021	162	6	30000	DR. W. CHAN NOCRINOL 120 mg 1/2 12/06/2021 JANIC FILI DIABETOLOGIE Meskini 14-2177
08 JUIN 2021	2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE 15 Kawada <u>61, Block 1, lot. Le Comptoir</u> <u>Benjaia - Casablanca</u> <u>Tél : 05 22 45 25 21</u>	08.06.21	639.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/06/2017	3750 + P. 1,15	1030,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Wafaa CHAFIQ-FIL



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

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goi

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le الدار البيضاء، في

08/06/2021

SAID SAADIA

24.40 x 3

- Levothyrox 100 µg
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS
- Levothyrox 25 µg
1 Comprimé, / 2JOURS matin, pendant 3MOIS

6,80

10.40 x 3

- Metformine win 500
1 Comprimé, midi, pendant 3MOIS
- Crestor 5 mg
1 Comprimé, soir, pendant 3MOIS

114.10 x 3

- Zyloric 100mg
1 Comprimé, / J X 3MOIS TS LES 2

46.70

- apixol pulv
1 pulv,X 3/J SI GENE X 2

89.50

- D CURE forte
1DOSE /MOIS X 2MOIS PUIS 1DOSE / 2MOIS

49.60

639,30

PHARMACIE 15 Ramada
161, Bd. des Comptes
Boujeloud Casablanca
Tél: 05.22.45.25.21

51، شارع رحال 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 / Whatsapp: 06 82 51 89 93

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

الطبقة وفلم تغليف فل

ن الغد

سترو

خدة الدرقة

مونية

بالموعد

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

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL B30

P.P.V : 10DH40 10,40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

مختبر التحاليل الطبية بوخيمه ع
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES BOUKHIMA A.

117 (Ex. 228) ، شارع رحال المسكيني - البيضاء - CASA 228 سابقا)
Tél. : 31.91.61 / 31.12.08 الهاتف :

FEUILLES D'HONORAIRES

Nom du Consultant : SAID SAADIA

Actes : $\beta F50 + P_c 1,5$

ICE : 0017031910000 88

INP: 093000255

Honoraires : 1030,00DH, avec la présente facture sera

versée dans la totalité à l'heure de l'horaire.



Casablanca, le 04/06/2021



مختبر التحاليلات الطبية بوخيمة

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale

Dr. BOUKHIMA A.

SPECIALISTE EN :

Biochimie - Microbiologie
Hématologie - Immunologie
Toxicologie - Radioimmunoiagnostics

الدكتور بوخيمة ع.

اختصاصي في التحاليلات
الطبية

Nom : Mme SAID SAADIA

Casablanca le : 05/06/2021

Docteur : CHAFIQ-FILALI

D.Naissance :

Réf : 1VFT16



BIOCHIMIE : HITACHI

GLYCEMIE	0.93	g/l	N(0.70 - 1.10)
SOIT	5.17	mmol/l	N(3.89 - 6.12)

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE A1C.(Bio-Rad)

% A1c 5.20

HbA1c %

> 8 Action à entreprendre

< 7 Objectif

< 6 Niveau non-diabétique

AC.URIQUE.	51.31	mg/l	N(24.00 - 60.00)
SOIT	305.29	umol/l	N(142.80 - 357.00)

CHOLESTEROL TOTAL	1.57	g/L	
SOIT	4.05	mmol/l	

CHOLESTEROLEMIE EVALUATION

< 2.0 g/l : RISQUE FAIBLE

2.0 - 2.40 g/l : RISQUE MODERE SI HDL > 0.35

> 2.40 g/l : RISQUE ELEVE SI HDL < 0.35

CHOLESTEROL HDL	0.56	g/l	N(0.40 - 0.80)
SOIT	1.44	mmol/l	N(1.03 - 2.06)

CHOLESTEROL LDL	0.76	g/l	N(0.50 - 1.50)
SOIT	1.96	mmol/l	N(1.29 - 3.87)

TRIGLYCERIDES.	1.16	g/l	N(0.50 - 1.90)
SOIT	1.32	mmol/l	N(0.57 - 2.17)





مختبر التحاليل الطبية بوجيمة

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale

Dr. BOUKHIMA A.

SPECIALISTE EN :

Biochimie - Microbiologie
Hématologie - Immunologie
Toxicologie - Radioimmunoiagnostics

الدكتور بوخيمة ع.

اختصاصي في التحاليل
الطبية

Nom : Mme SAID SAADIA

Casablanca le : 05/06/2021

Docteur : CHAFIQ-FILALI

D.Naissance :

Réf : 1VFT16



GOT (ASAT) 17 UI/L N(6 - 37)

GPT (ALAT) 12 UI/L N(6 - 40)

GAMMA GT 20 UI/L N(6 - 50)

LAN THYROIDIEN : AUTOMATE ACCESS 2

TSH US * 0.05 uUI/ml N(0.34 - 5.60)

