

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

194574

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	2473	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KADDAM NABILA			
Date de naissance : 27/05/1953			
Adresse : 127 Bd Raja Yacoub 3 ^e étage N°4 CAAMA			
Tél. : 0662355119		Total des frais engagés : 2897,6 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	07 FEV 2017	Age :	51 ans
Nom et prénom du malade :	KADDAM NABILA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète et hypertension		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 :** 12/02/2017
Signature de l'adhérent[e] : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
15 BD Victor Hugo 93 388 PHARMACIE DES MOUTAINS	07	2597,69
	08	
	09	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

nel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Wafa CHAFIQ-FILALI

الدكتورة وفاء شفيق فلالي

Spécialiste en Endocrinologie

اختصاصية في أمراض الغدد

et Maladies Métaboliques

وداء السكري والكوليسترون

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

Perturbations Hormonales

اضطرابات الهرمونية

Ménopause - Andrologie

بالموصى

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 07/02/2024 الدار البيضاء، في

KADDAM MALIKA

• **Levothyrox 100 µg**

1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS
24.40 x 3. V

• **Levothyrox 50µg**

1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS 5JOURS/SEM
13.40 x 3. V

• **Levothyrox 25 µg**

1 Comprimé, /J 2JOURS/SEM pendant 3MOIS
S.V. 0.60 x 2

• **RYZODEG FlexTouch**

1 Comprimé midi, 16U pendant 3MOIS
11.80 x 2

• **VIPDOMET 12,5/1000 MG**

1 Comprimé, matin, soir, pendant 3MOIS
89.66 44 7200 13. V

• **D CURE forte**

1DOSE/ MOIS X 3MOIS
49.60 x 1

259 + 16

Dr. W. CHAFIQ-FILALI
 ENDOCRINE & METABOLIC MEDICINE
 51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
 Tel: 0522.44.31.77 - WhatsApp: 06.82.51.89.93
 PHARMACIE DES HABOUS
 MEFSAFIYOUNA
 78, Bd. Victor Hugo - Casablanca

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 / الهاتف : Whatsapp : 06 82 51 89 93
 E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com

11

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026



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

7862160336



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

7862160336

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

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

7862160336

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

7862160342

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

7862160342

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

7862160342

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

7862160335

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

7862160335

5x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégluicide/Insuline Asparte
PPV:1182,00 MAD



6 118001 121601

8-9564-73-25-2