

# 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.

## diologie 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.

## 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 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

Matricule : **02830** Société : **RA 1. Retnatis**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **YEBDA NI NOUNAOUD**

Date de naissance : **01-07-50**

Adresse : **Residence EL Fassi 51, LAYHANE, 11, Casab.**

**HAY EL Qods, CSA, FERDOUSSI**

Tél. : **0696589100** Total des frais engagés : **MUPRAS** Dhs

Cachet du médecin :



**14 DEC. 2020**

**ACCUEIL**

Date de consultation : **12 OCT. 2020**

Nom et prénom du malade : **KHALBOUCY Samir** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Arterial hypertension + hyperlipidemia**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

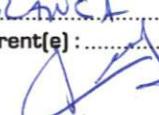
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
08/10/2020	880.00	G	380.00	DR. N. CHAFI FILALI ENDODONTIQUE DENTISTE TLUOUE El Meskini 51 Bd. Rabbat 131-05-22 44.31.77

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MENDOUR DR. MENDOUR HOUFI 33, Avenue "C" Lot El Hamdia El Qods Sidi Benhassi - Casa Tél : 05 22 73 40 40	17/10/2020	130.140

## 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

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			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

الدكتورة وفاء شفيق فلالي

Spécialiste en Endocrinologie

اختصاصية في أمراض الغدد

et Maladies Métaboliques

وداء السكري والكوليستروول

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

Perturbations Hormonales

الاضطرابات الهرمونية

Ménopause - Andrologie

بالموعد

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le ..... 12 OCT. 2020

الدار البيضاء، في

13.140x3

13.140x3

11.600x2



a 3 may

10.600x2

21. D. CURE forte (100.00)



1 desc

a 3 may

13.5.140 Dhs

Dr. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
51, Bd. Rahal El Meskini  
Casablanca - 05.22.44.31.77

51، شارع رحال المسكنيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

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

الهاتف : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

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

LOT: 49.60 DH  
18B15/B  
EXP: 02/2021

6 118001 320103

PPV:  
LOT: 49.60 DH  
18B15/B  
EXP: 02/2021

6 118001 320103

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

7862160336

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

7862160336

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

7862160336