

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0015819

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société : 134094  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENYANNA ABDENALFII  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : 186 LOTISSEMENT FLORISA  
 631 MAAROUF - CASABLANCA  
 Tél. : 066520351 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 : BENYANNA ABDENALFII Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Specter Hémophile  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : 14 / 10 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

**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



# 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 OCT 2022			300 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RAB13 173, Bd. EL Hira Lot Errabi BERRECHID - Tél.: 0522 33 89 06	08/10/2022	133,80

# ANALYSE - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSE RADIOLOGIQUE ICE : 00161692000016 TP : 36159885 RC : 41023	07/10/2022	B450	623 DM

# AUXILIAIRES MEDICAUX

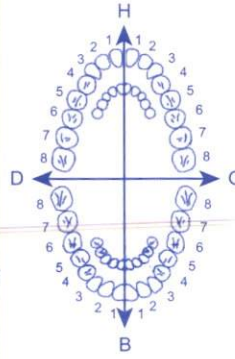
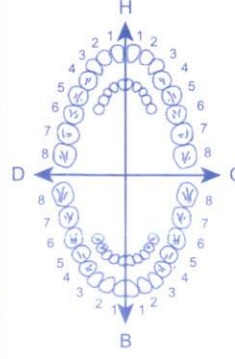
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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 <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques

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

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le

## الدكتورة وفاء شافيق فلالي

اختصاصية في أمراض الغدد  
وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة و أمراض الغدة الدرقية  
الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

- 07/10/2021  
m' BEN YAZZ' A ALIDANOFFH
- ☐ Glycémie à jeun ☒ TSH u.s  
☐ Glycémie Post-Prandiale ☒ T4L  
(2 heures après le repas) ☐ T3 L  
☐ Hémoglobine glyquée (Hb A1 C) ☐ Anticorps anti TPO  
☐ Fructosamine ☐ Anticorps anti récepteurs TSH  
☐ Triglycérides ☐ Cortisol libre Urinaire  
☐ Cholestérol total ☐ Cortisolémie -8h.....  
-16h.....  
-10h.....  
☐ Urée ☐ Prolactinémie à  
☐ Créatinine ☐ FSH ☐ LH  
☐ Microalbuminurie sur les urines de 24h ☐ IGF 1  
☐ ECBU ☐ Anticorps anti gliadine  
antiendomysium  
☐ TGO/TGP/GGT ☐ Testosteronémie  
☐ Sérologie Hépatite B et C ☐ 17 OH Progestérone  
☐ NFS ☐ VS ☐ CRP ☐ Dérivés Methoxylées  
☐ Uricémie ☐ Fer Serique ☐ Ferritine  
☐ Calcémie ☐ Vitamine D2 / D3  
☐ PSA  
☐ Clairance de la Créatinine
- LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
CNSS : 986124 - RC : 410236  
IF : 40606866 - TP : 36159883  
ICE : 001681692000016  
HDL  
LDL
- Dr. W. CHAFIQ-FILALI  
ENDOCRINOLOGUE DIABÉTOLOGUE  
51, Bd. Rahal El Meskini  
Casablanca - Tél: 05 22 44 31 77



# 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 : Thyroestimuline-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  
CE : 001684/202000016  
IF : 406068866 / RP : 36159885  
CNSS : 986124 - RC : 410236



# مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

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

**TSH-us : Thyroestimuline-Hormone**  
(Technique immunoenzymatique Access2 Beckman Coulter)

: 2,11  $\mu$ UI/ml

Valeurs Usuelles  
( 0,34 - 5,6 )

Antériorité

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  
Rd. P. Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 33 52 09 / 0522 33 52 71  
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**

**الطبيب: وفاء شافيق فيلال**

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

**بالموعد**

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

**BENYAHYA ABDERRAFIH**

- **Levothyrox 100 µg**

1 Comprimé, matin, pendant 6 MOIS LES JOURS PAIRS

- **LEVOTHYROX 50**

1 CP / J X 6 MOIS LES JOURS IMPAIRS

- **Levothyrox 25 µg**

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

Dr. BENYAHYA Mohamed Hicham  
**Pharmacie RAB13**  
173. Bd. El Hira Lot Errabi  
0522 33 69 01

**CHAFIQ-FILALI**  
Endocrinologie  
Meskini  
2244 31 77

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

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

شارع رحال المسكيني - إقامة صفار 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 99

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