

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040924

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AZEM MDHAMED

Date de naissance : 1947

Adresse : 44 Rue 18 Janilas CD CASABLANCA

Tél : 0522577388 Total des frais engagés : 1992,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. W. CHAFIQ ELABDI  
ENDOCRINOLOGUE  
51, Bd. Rahat El Meskin  
CASA Tél : 05.22.44.31.77

Date de consultation : 05 MARS 2020

Nom et prénom du malade : HMIDANI AMINA ep 4704 Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Anémie + Coeur et reins + Aconit

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 : 09 / 03 / 2020

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
05 MARS 2020			300 dh	Dr. W. CHAPOUALI ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE 51, Bd. Rahal El Meskini CASABLANCA - Tél : 05.22.44.31.77

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENMOUSSA 26, Av. Cdt. Driss El Harti Jemila 3 Cité Djémâa Tél : 0522 37 38 67 - CASABLANCA	05/03/2020	1430,60

# 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
		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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div>			MONTANTS DES SOINS
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div>			DATE DU DEVIS
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div>			DATE DE L'EXECUTION

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 - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

**الطبيبة وفاء شافيق فلال**

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le .....05/03/2020..... في الدار البيضاء،

**HMIDANI EP AZEM AMINA**

**Galvus 50 mg**

1 Comprimé, midi, pendant 3MOIS

**Metformine wir. 500**

1 Comprimé, X2 matin, soir, pendant 3MOIS

**Betaserc 24 mg**

1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS

**NEOFER**

1 Comprimé, midi, pendant 3MOIS

**D CURE forte**

1 DOSE / 15J X 2MOIS, PUIS 1DOSE /MOIS X 2MOIS

33000 x 2

1040 x 6

2800 x 4

7000 x 3

4360 x 2

1490,60

صيدلية بنموسى  
**Pharmacie BENMOUSSA**  
26, Av. Cdt. Driss El Harti  
Jamil 3 - Cité Djémâa  
Tél: 0522 37 38 67 - CASABLANCA

**Dr. W. CHAFIQ FILALI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE  
51, Bd. Rahal El Meskini  
CASA - Tél: 05.22.44.31.77

51, شارع رحال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء  
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA  
الهاتف : 05.22.54.02.63 / 05.22.44.31.77  
E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com



78,00

78,00

78,00

78,00

34 09 21

LOT PER  
Prix 79,00

34 09 21

LOT PER  
Prix 79,00

34 09 21

LOT PER  
Prix 79,00



6118001031030  
**Galvus® 50 mg**  
Boite de 60 comprimés.  
PPV : 390 DH



6118001031030  
**Galvus® 50 mg**  
Boite de 60 comprimés.  
PPV : 390 DH

LOT : 19E003  
PER : 09 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 19E003  
PER : 09 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 19E002  
PER : 09 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 19E002  
PER : 09 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 19E002  
PER : 09 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 19E003  
PER : 09 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

PPV: 49,60 DH  
LOT: 19L02/B  
EXP: 12/2022

PPV: 49,60 DH  
LOT: 19L02/B  
EXP: 12/2022