

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

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



Déclaration de Maladie

N° M21-0030690

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5318 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZHAR RACHIDA

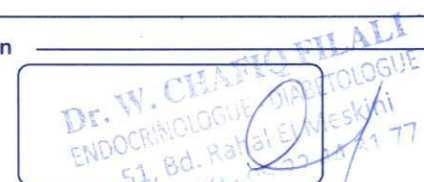
Date de naissance : 26/08/62

Adresse : 26 rue El Fourot angle Juste Fao 5/ Rabat

Tél. : 0664 82 1856 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 AOÛT 2021

Nom et prénom du malade : ZHAR Rachida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 : Le : 2/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
17 AOUT 2021	CZ		300 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MERCURE Selmia TAZI Boulevard en Pharmacie 2, rue Al Woroud - Casablanca Tél: 0522 27 46 26	3531/10 17/08/2021	3531 INPE 092042365

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

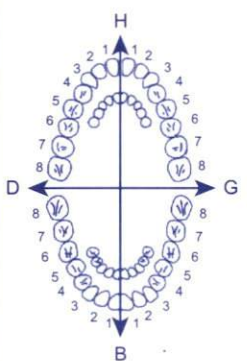
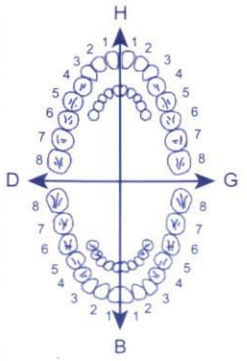
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/07/2021					120,00
	01/09/21					840,00

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur **W. CHAFIQ-FILALI**

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

الطبيبة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le في الدار البيضاء، في

17/08/2021

ZHAR RACHIDA

• Novorapid flexpen 100 u/ml

1 injection, matin, midi, 24U/24U pendant 3MOIS

• Novomix 30 flexpen 100 u/ml

1 injection, soir, 36U pendant 3MOIS

• Levothyrox 25 µg

1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS

• Altec 2,5 mg

1 Gélule, matin, pendant 3MOIS

• D CURE forte

1DOSE/ 15JOURS X 1MOIS PUIS 1DOSE/ MOIS X 2MOIS

51، شارع رجال المسكيني - إقامة الصفاة 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

8-9670-73-270-2

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

8-9670-73-270-2

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

LOT : 20E011
PER : 09/2023

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 590

P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

8-9674-73-270-1

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



6 118001 121298

36,90

8-9674-73-270-1

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



6 118001 121298



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

7862160335

8-9674-73-270-1

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



6 118001 121298



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

PPV : 49,60 DH
LOT : 21027
EXP : 04/2024

7862160335

Docteur **Wafaa CHAFIQ-FILALI**

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 17.08.2021 في الدار البيضاء

الطبيبة وفاء شفيق فلاحي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

M^l ZHAR RACHIDA

1/ BANDELETES GLYCEMIQUE
3x/j 3 mois 120,00dh

2/ VERIFINE (4mm) 1840,00

Dr. W. CHAFIQ-FILALI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
51, Bd. Rahal El Meskini
Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

51, شارع رجال 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

Facture N° : FN218128

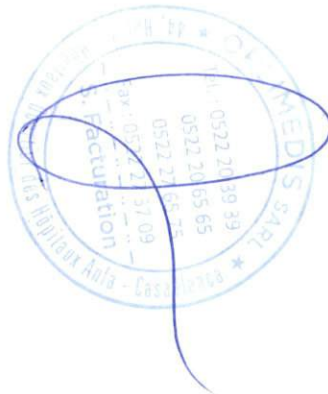
BL N° :

ZHAR RACHIDA

Date	CLIENT	PAGE
01/09/21	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	SOUAD	NONE	VERSEMENT

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	R%	MT TTC
G133-111	7	BANDELETTE ON CALL PLUS 50 TEST	20%	120,00		840,00



MT HT	TVA	MT TVA
700,00	20%	140,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
700,00	140,00	840,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Huit cent quarante DHs

Facture N° : FN216806

BL N° : BL216926

ZHAR RACHIDA

Date	CLIENT	PAGE
23/07/21	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
TPE000221	SOUAD	NONE	VERSEMENT

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	R%	MT TTC
G133-111	1	BANDELETTE ON CALL PLUS 50 TEST	20%	120,00		120,00



MT HT	TVA	MT TVA
100,00	20%	20,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
100,00	20,00	120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cent vingt DHs