

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

- Reclamation : 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.

M22- 0036483

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **05488**

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEN BOUTIHA Mohamed**

Date de naissance : **30/10/1966**

Adresse : **A. 1F**

Tél. : **06 61 81 89**

Total des frais engagés : **4343,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. W. S. AFIA FILALI
ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGUE
51 Bd Rihabi - Casablanca
Tél. 0522 44 31 77 - M. 0510 39677

Date de consultation : **20 MAI 2023**

Nom et prénom du malade : **BEN BOUTIHA Mohamed**

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Diabète**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **Diabète**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Conduire**

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 15/06/2023**

Le : **15/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Ben Boutiha Mohamed**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
20 MAI 2013	2		300 dh	Dr. W. CHAIB FILALI ENPHIRONOLOGUE DIABETOLOGUE 51,6, EL MESKINI - Casablanca Tél: 05 22 21 64 09 INPE: 091038671

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUFIK Coopérative Ac-charaf. N° DM2 Hay Inara, Haddaouia Tél: 05 22 21 64 09	20/05/2013	40243,000

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

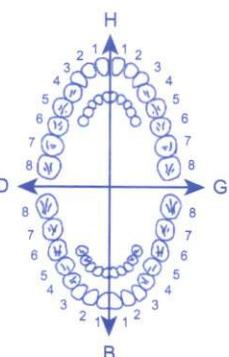
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX	H	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	D	G	
DATE DE L'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION	B		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Docteur Wafa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques
Diabète - Cholestérol - Obésité - Goitre
Perturbations Hormonales
Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 20 MAI 2023

BENBOUHIA MOHAMED

1182.00

• RYZODEG FlexTouch

1 injection, matin, soir, 30U/30U pendant 3MOIS

1193.00 x 2 = 2386.00

• Victoza

1 injection, soir, 1,8mg /JOUR X pendant 3MOIS

28.00 x 2 = 56.00

• Glucophage 1000 mg

1 Comprimé, matin, soir, pendant 3MOIS

419.00

• FORXIGA 10

1 Comprimé, J A MIDI X 3MOIS

4043.00

الدكتورة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليستروول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

20/05/2023

5x3ml

Ryzodeg® FlexTouch®

100 unités/ml

Solution injectable en stylo pré-rempli

Insuline dégluclée/Insuline Asparte

PPV : 1182.00 MAD



6 118001 121601

Victoza®

6 mg/ml

Solution injectable

2 stylos pré-remplis 3 ml

PPV : 1193.00 DHS



6 118001 121403

Dr. W. CHAFIQ-FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE
51, Bd Rahal El Meskini Casablanca
Tél: 0522 13177 - INPE: 091039677

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193.00 DHS



Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419.00 DH



6 118001 185023

51 ، شارع رحال المسكنى - 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 / WhatsApp : 06 82 51 89 93

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

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>BENBOUFTAIA Mohamed</i> Matricole : <i>05488</i> N° CIN : <i>85416449</i> Adresse : <i>Rondouche Achraf Tawadz</i> <i>et Antalya 10th</i> Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Dr. W. CHAFIQ FILALI N° ICE : <i>ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE</i> <i>51, Bd Rahal El Meskini - Casablanca</i> Certifie que Mme, Mme, M. : <i>BENBOUFTAIA Mohamed</i>	Spécialité : Dr. W. CHAFIQ FILALI ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE <i>51, Bd Rahal El Meskini - Casablanca</i> <i>Tél: 0522 44 31 77 - INPE: 091039677</i> INPE: 091039677
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>DIABETE + CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>RYZODEC 30 U / 30 U (matin et soir)</i> <i>flex b.d.</i> <i>NICORZAN 1,8mg 1/1 + Glucoplus 1000</i> <i>FORXIGA 10 14/11</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>CASABLANCA</i> le / <i>24 MAI 2023</i>	
Cachet et signature du médecin traitant : <div style="text-align: center;">  Dr. W. CHAFIQ FILALI ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE <i>51, Bd Rahal El Meskini - Casablanca</i> <i>Tél: 0522 44 31 77 - INPE: 091039677</i> </div>	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées