

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W21-666712

97807

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1143	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BALMANE Mohamed			
Date de naissance : 01-01-1941			
Adresse : cité Djemaa Jamila 7 rue 19 n° 15 Casablanca			
Tél. : 0661789212	Total des frais engagés : 4080,60 Dhs		

Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
DR. W. CHAFIQ FILALI ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGIE 51 Bd. Rahal El Mestini Casablanca - Tel: 05 22 44 31 77
Date de consultation : 09 DEC 2021
Nom et prénom du malade : BALMANE halaa
Age: 76
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète type 2 + hypertension + hypercholesterolemie
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 : 11/11/2021  
Signature de l'adhérent(e) : DR. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGIE  
51 Bd. Rahal El Mestini Casablanca - Tel: 05 22 44 31 77

### 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
03 DEC 2021	C2		300 DH	INP : Dr. W. CHAFIEN ENDOCRINOLOGISTE 51 Bd. Rahlal El Meskin Casablanca - Tel: 0522443171

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'AL DOUNIA MÉDECINAT JAMIA S'RUE 1103 PAT 3211/809 ICE : 00153460100034	09/12/2021	3765,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
INFIRMERIE AL KAWTHAR Rafii - Jamia - Aut 146/21 Jamia 7 N° 130 Bd Oued Bddahab Tél. 37 34.22 - CASABLANCA		1PC		1SMH		

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>Nature des Soins</p> <p>Coefficient</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>															
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																

مكتب Wafaa CHAFIQ-FILA

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholestérol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le ..... 09/12/2021 ..... دار البيضاء، في

BALMANE HABIBA

- Novomix 30 flexpen 100 u/ml

1 injection, matin, soir, 30U/24U pendant 3MOIS

- Tareg 160 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS

- Toiva 20 mg

1 , soir, pendant 3MOIS

- Cardioaspirine 100 mg

1Comprimé,/J X 3MOIS A MIDI

- VAXIGRIP TETRA

- Ipp 20 mg

1 Gélule, matin, 3MOIS

- BANDELETTES GLYCEMIQUES

3X/J X 3MOIS

- LANCETTES

X 3MOIS

- Ares 500 mg

1 Comprimé, midi, pendant 10 JOURS



المصورة وفاء شنة فـ

احتياصاتي في أمراض الغدد

لبيسترون

الغدة الدرقية

رموز



الموعد

LOT : 2052  
PER : 04/23  
PPV : 106,70 DH

Cardioaspirine 100 mg 300mg  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-RP 1  
Min sebaâ Casablanca  
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml  
bol. n° b1  
P.P.V. : 125,30 DH

IPP®

Oméprazole 20 mg  
Boîte de 56 gélules

PPV : 138,00 DH



LOT : 2051,  
PER : 01/23  
PPV : 106,70 DH

LOT : 2049  
PER : 08/22  
PPV : 106,70 DH



5 المسكيني - إقامة الصفارين 19 - الدار البيضاء

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

Téléphone: 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف: Whatsapp: 06

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

67,60

