

# 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
- 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

Matricule : EN 73 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : IKADDA M MAWKA

Date de naissance : 27/05/1953

Adresse : 127 B & Ratta Yacout 3me étage 064

CASABLANCA

Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 3415,40 Dhs

Cachet du médecin :

DR. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE  
51, Bd. Raha El Meskini  
Casablanca - Tel: 05 22 44 31 77

Date de consultation : 07 NOV. 2022

Nom et prénom du malade : IKADDA MALKA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : El Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 25/12/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## **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 Element des Actes
07 NOV 2021	Ca		300 dh	Dr. W. CHAIB ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE 51 Bd. Raha/El Mers Casablanca - Tel: 05 22 44 31 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES HABOUS MESFIoui MOUNIA 73, Bd Victor Hugo Casablanca Tél: 05 22 44 93 38	07.11.22	31.15.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

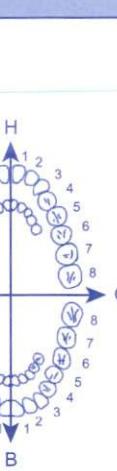
## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

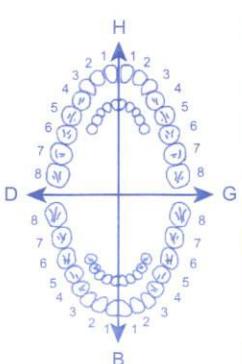
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

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 - Cholesterol - Obésité - Goitre  
Perturbations Hormonales  
Ménopause - Andrologie  
Sur Rendez-Vous

الدكتورة وفاء شفيق فلالی

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليستيروول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموضوع

Casablanca, le ..... 07/11/2022 ..... الدار البيضاء، في

KADDAM MALIKA

559.00 x2 • Novomix 30 flexpen 100 u/ml  
1 injection, matin, soir, 10U/10U pendant

471.00 x4 • JENTADUETO 2,5 / 1000  
1 Comprimé, matin, soir, pendant 3MOIS

24.40 x3 • Levothyrox 100 µg  
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS

13,40 x3 • Levothyrox 50µg  
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS A REDEMARRER  
DANS 8JOURS

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH



8-9674-73-270-2

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 121298

51 ، شارع رحال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدا  
51، bu. Nahal 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



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336