

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 720 Société : 176765

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HACHMI Mohamed

Date de naissance : 03/01/1947

Adresse : LOT Riad SALAM Bloc 'E' N° 35 Mohammedia

Tél. : 0667316873 Total des frais engagés : 1402,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



31 AOUT 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BACHA HACHMI TIBARYA Age : 80

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dialyse + Appendicite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

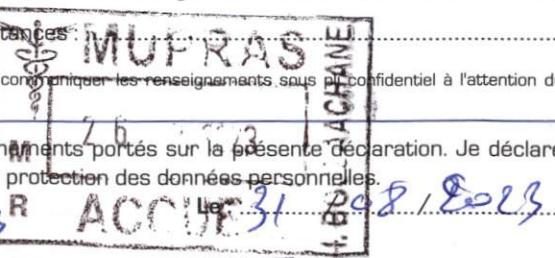
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Mohammedia Date : 31 AOUT 2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
31 AOUT 2013	<i>G</i>		300 Dh	dr. W. G. 31/08/2013 ENDOCRINOLOGIE DENTISTE 51 Bd Rihal El Mekki - Casablanca tel: 0522 14 31 77 - Itpe: 0910 33677

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA SANTÉ</i>	31/08/2013	1102,80

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

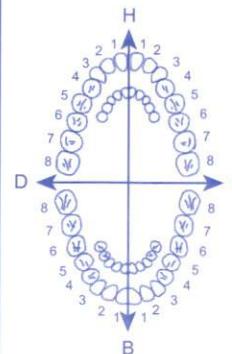
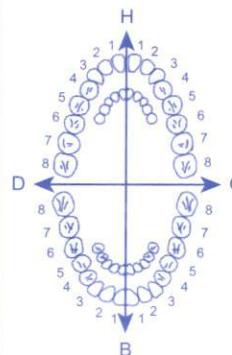
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
	D 00000000 00000000	G 00000000 11433553	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
	B 00000000 35533411		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>

# Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques  
Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre  
Perturbations Hormonales  
Ménopause - Andrologie  
Sur Rendez-Vous

Casablanca, le ..... 31/08/2023 ..... في

BALHA HACHADI TIBARIYA

107160 x 3

S.V

• Stagid 700 mg

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 3MOIS

39000 x 2

S.V

• Galvus 50 mg

1 Comprimé, J/X 3MOIS

1108.80

الدار البيضاء  
PHARMACIE AL HAMD  
150, "D" Rida Essalam Mohammedia  
Tél.: 0523 30 05 45

الدكتورة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترون

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

LOT	2	1	3	4	8	6
EXP	0	1	2	0	2	5
PPV	1	0	7	6	0	0

LOT	2	2	3	2	6	1
EXP	1	0	2	0	2	5
PPV	1	0	7	6	0	0

LOT	2	1	0	9	8
EXP	0	4	0	2	4
PPV	1	0	1	6	0

6118001031030  
Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

6118001031630  
Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.  
PPV : 390 DH

51 ، شارع رحال المskinii - 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  
E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com