

# 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.

137366

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2816 Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AYLA HABIBA

Date de naissance : 20-04-1962

Adresse : nouvelle EB 176 à 3ème étage

Tél. : 06.00.49.26.14

Total des frais engagés : 1000000 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BELFATI Mohamed  
D.U. en Diabetologie D.U. en Nutrition  
Diplôme en Echographie  
Diplôme en Médecine du Travail  
Membre de la Société Francophone de Diabète  
de Guédira, Cité Djamaa Casablanca  
022 56 56 61 E-mail : mohamed.belfati@orange.ma

Date de consultation : 10-10-2020

Nom et prénom du malade :

AYLA HABIBA Ayla

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

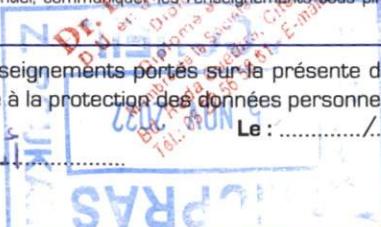
Maladie + ATA + Dysthyroidisme

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

## 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
31/10/22	CONNAISSANCE	9	200,00	<p>DR. BELFATMI MOHAMED</p> <p>D.U. en Néphrologie D.U. en Diabétologie Diplômé en Echoangiographie</p> <p>Diplômé en Médecine du Travail</p> <p>Membre de la Société Francophone de Diabète</p> <p>RG Reda Guedira, Cite Djamaâ Céïdji</p> <p>06 29 56 56 81 - E-mail: <a href="mailto:zlmh@live.com">zlmh@live.com</a></p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AL MADINA MONAOIRA Dr. Aouatif HAMDOUN Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Pôle Urbain de Nouaceur Casablanca - TEL: 0522 53 94 01	31 OCT 2022	3102,22

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

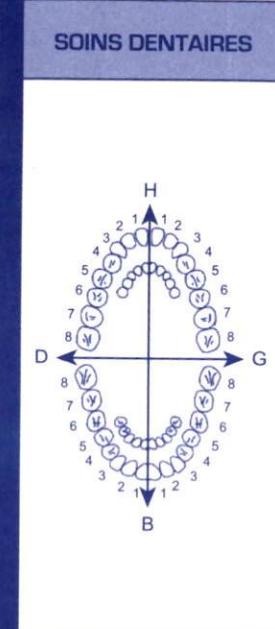
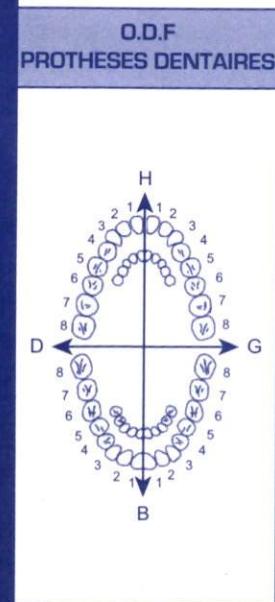
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																						
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-		-		B	00000000	00000000	35533411		11433553		
	H	25533412	21433552																			
	D	00000000	00000000																			
	-		-																			
	B	00000000	00000000																			
	35533411		11433553																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

 Nom et prénom : **AYLA HABIBA**

 Matricule : **2816**      N° CIN :

 Adresse : **pôle urbain zone économique EB 176 à nouzemm**

 Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr. BELFATMI M'hamed**  
 D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition

**Partie réservée au médecin traitant**

 Je soussigne : **Dr. BELFATMI M'hamed**  
 Diplôme en Médecine du Travail

**Spécialité**

 Membre de la Société Francophone de Diabète  
 Bd. Abdellatif Ben Abdallah, Cité Diabète Casablanca

 Tel... 05 22 56 56 61 - E-mail: [INPE@INPE.MP](mailto:INPE@INPE.MP)

 N° ICE : **INP: 091044048**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

**AYLA HABIBA**

 Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**
**Oralib + HM + TME**  
 HM. est.

**Dr. BELFATMI M'hamed**  
 Dr. BELFATMI M'hamed

Dont ci-joint ordonnance :

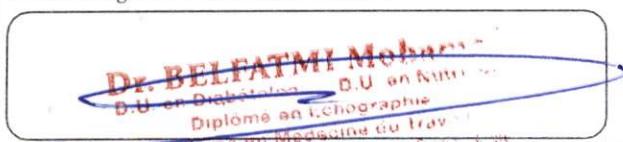
Traitement prescrit :

**Andro 16**  
**lanté 20**
**IRNEB 30** **UN sth**  
**- AJS** **zolene 10**  
**- lanté 10** **Fene 10**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **Casablanca** le **31 OCT 2020**

Cachet et signature du médecin traitant :


 \*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

# الدكتور محمد بالفاطمي

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في التغذية

عضو الجمعية الفرنكوفونية لداء السكري

رئيس وحدة داء السكري

بالمراكز الاستشفائية مولاي رشيد سابقا

شهادة الفحص باصدقى

اخصائى في طب الشغل

Docteur MOHAMED BELFATMI

-D.U en Diabétologie --

-D.U en Nutrition

-Membre de la société Francophone de Diabétologie

- Ex. médecin chef de l'unité de Diabétologie

Au Centre Hospitalier Moulay Rachid

- Diplômé en Echographie --

Spécialiste médecine de travail

Casablanca le..... 31/10/2022 ..... الدار البيضاء في

## Mme Habiba Ayla

### • Education Nutritionnelle +++

3x 439,00

Apidra

(S.V)

16matin

PHARMACIE AL MADINA MONAÏRA  
Dr. Aouatif HAMDOUN  
Lot. EA 257 - 10ème étage  
Pôle Urban de Nouaceur  
Casablanca - 05 22 53 94 01

PHARMACIE AL MADINA MONAÏRA  
Dr. Aouatif HAMDOUN  
Lot. EA 257 - 10ème étage  
Pôle Urban de Nouaceur  
Casablanca - 05 22 53 94 01

Lantus Solostar

(S.V)

16soir

4x 150,00

Irvel 300mg

(S.V)

1 - 0 - 0

3x 43,70

Am 5mg

(S.V)

0 - 0 - 1

3x 32,30

Zyloric 200mg

(S.V)

0 - 0 - 1

5x 34,60

Lasilix 40mg

(S.V)

1 - 0 - 0

3x 74,60

Unalfa

(S.V)

1 - 0 - 0

3x 22,40

Askardil 75mg

(S.V)

0 - 1 - 0

3x 79,00

Feric B9

(S.V)

1 - 0 - 0



### TRAITEMENT DE 3 MOIS

9x 28,80

Vitanevril Fort

(S.V)

1 - 1 - 1

شارع رضى اكديرة (الفلل ساقية) 546 - 10ème étage - الدار البيضاء / الهاتف: 0522565661

Boulevard reda Guedira Ex : Bd. Mil N° 546 - Casablanca Cité Djamaâ

Diplôme en Médecine Francophone de l'UFR de Casablanca

Diplôme en Diabétologie et Echographie

Diplôme en Nutrition

Diplôme en Médecine de l'UFR de Casablanca

Tél. 0522565661 / E-mail : dr-belmoha@hotmail.fr

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 439DH00



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 439DH00



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 439DH00



C78719  
01-2024  
74 DH 60



TRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



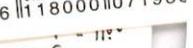
30  
30

TRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



150,00  
521

TRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



150,00  
521

TRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



30  
30

AM-5 5 mg  
30 comprimés

LOT 22089 PER 06/2025  
PPV 43,70 DH

Zilina  
sable  
jâneca  
Amine

6 118000 280613

AM-5 5 mg  
30 comprimés

LOT 22089 PER 06/2025  
PPV 43,70 DH

LOT 22068 LOT  
EXP 03 2021  
PPV 31.30 PPV

ZYLORIC 200 mg  
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 OMP21/INTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

222023  
05 2026  
31.30

ZYLORIC 200 mg  
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 OMP21/INTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT 22E003  
PER.01 2026  
PP.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT 22E003  
PER.01 2026  
PP.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT 22E006  
PER.04 2026  
PP.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT 22E001  
PER.12 2025  
PP.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT 22E001  
PER.12 2025  
PP.V : 34DH60



6 118000 060468

C78719

01 2024

74 DH 60

6 118001 200757

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40

EXP 04/2024

LOT 22005 3



6 118000 033189

C78719  
01 2024  
74 DH 60

6 118001 200757

150,00  
521  
LOT 22075  
PP.V: 79,00 DH

VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

LOT 28180  
PER  
VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

LOT 28180  
PER  
VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

LOT 28180  
PER  
VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

LOT 28180  
PER  
VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

LOT 28180  
PER  
VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

150,00  
521