

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0011403

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2316 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AYL A HABIBA
 Date de naissance : 20-04-1962
 Adresse : nouvelle ES 176 à zone commerciale
 Tél. : 06, 09, 49, 26, 14 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18 OCT 2022
 Nom et prénom du malade : HABIBA Ayla Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + HTA + Dyslipidémie
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
31/12/22		9	200,00	

Dr. BELFARMI
D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition
Diplôme en Echographie
Diplôme en Médecine du Travail
Membre de la Société Francophone de Diabète
Bd. Rêda Guedira, Cité Djemââ Casablanca
Tél.: 06 22 56 56 81 - E-mail: *zlimch@

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL MADINA MONAÏRA</p> <p>Dr. AGHOUTI HAMDOUN</p> <p>Lot. EA 257, Immeuble N° 1</p> <p>Pôle Urbain de Nouaceur</p> <p>Casablanca - Tél : 0522 53 94 01</p>	31 OCT 2022	3702,25

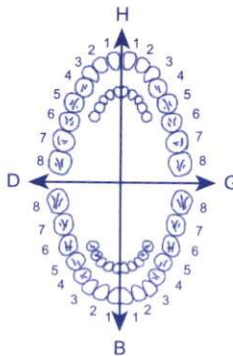
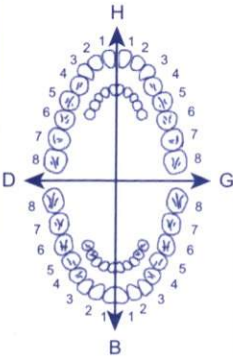
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 nouveau

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Dr. BELFATMI Mohamed

D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Membre de la Société Francophone de Diabète

Spécialité :

N° ICE :

Bd. Abdelkader, Cité Djennat, Casablanca
Tél. 05 22 56 56 61 - E-mail : info@supras.ma

N° INPE :

INP: 091044648

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 :

Diabète + HbA1c + IRG
Hém. c.1.

DRG 27
diabète
su. 74
IRG 371

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Amelior < 16
16
16
16

IRVEB 30
- AJS
- laurine 100

UN Akhe
- 2 Akhe
- Ferre BG

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca

le

31 OCT 2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. BELFATMI Mohamed
D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition
Diplôme en Echographie
Diplôme en Médecine du Travail
Membre de la Société Francophone de Diabète

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 98-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

الدكتور محمد بالفاطمي
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

- دبلوم جامعي في داء السكري
- دبلوم جامعي في التغذية
- عضو الجمعية الفرنكونية لداء السكري
- رئيس وحدة داء السكري
- بالمركز الاستشفائي مولاي رشيد سابقا
- شهادة الفحص باصدي
- أخصائي في طب الشغل

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

Mme Habiba Ayla

• **Education Nutritionnelle +++**

3x 439,00

Apidra

(S.V)

16matin

16midi

16soir

24soir

PHARMACIE AL MADINA MONACOIRA
Dr. Agnès HAMDOUN
Lot. EA 257 Immeuble N°1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - 05 22 53 94 01

PHARMACIE AL MADINA MONACOIRA
Dr. Agnès HAMDOUN
Lot. EA 257 Immeuble N°1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - 05 22 53 94 01

Lantus Solostar

(S.V)

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 15mg

(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

Tel : 3102,20

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 1000/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 1000/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 1000/ML SOL INJ B
P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639

L 3120
P: 07/25
PUC: 79,00 DH

C78719
01-2024
74 DH 60



6 118001 200757

150,00

TRVEL 300 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 071938

150,00

150,00

TRVEL 300 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 071938

عن طريق
30

150,00

TRVEL 300 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 071938

عن طريق
30



عن طريق
30

AM-5 5 mg
30 comprimés



6 118000 280613

LOT: 22089 PER: 06/2025
PPV: 43.70 DH

AM-5 5 mg
30 comprimés



6 118000 280613

LOT: 22089 PER: 06/2025
PPV: 43.70 DH

AM-5 5 mg
30 comprimés



6 118000 280613

LOT: 22089 PER: 06/2025
PPV: 43.70 DH

LOT
EXP 220681
PPV 03 2021
31.30

LOT
EXP 222023
PPV 05 2026
31.30

LOT
EXP 222023
PPV 05 2026
31.30

LOT
EXP 222023
PPV 05 2026
31.30

LOT
EXP 222023
PPV 05 2026
31.30

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DM/P2/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DM/P2/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DM/P2/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles




6 118000 033189

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles



6 118000 033189

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60




6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60




6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



6 118000 060468

C78719
01 2024
74 DH 60



6 118001 200757

C78719
01 2024
74 DH 60



6 118001 200757

PPV 28,80
LOT
PER

PPV 28,80
LOT
PER

PPV 28,80
LOT
PER

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 04/2024
LOT 22005 3



6 118000 033189

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593


L 3120
P: 07/25
PUC: 79,00 DH

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés




6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés




6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



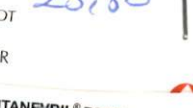
6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés




6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVIRL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593