

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



Déclaration de Maladie

Nº W21-819151
17896

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2816</u>	Société : <u>Royal air maroc</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AYLA HABIBA</u>			
Date de naissance : <u>20-04-1962</u>			
Adresse : <u>Le Lissément KHADIJA Rue 1 im 77 APP 6</u>			
Tél. : <u>06.00.49.26.14</u>	Total des frais engagés :	Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>Habiba Ayla</u> Age : <u>57</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Allaitement</u>			
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) : Ayla

Le : 22/09/2023

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
11/11/13	19	2000		INPE: 091044628 Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca Membre de la Chambre Nationale des Médecins B. R. N. 02250 00 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KHOULOU Angle Rue 48 N° 24 Aïn Chock - Casablanca Tél : 05 22 50 22 06 Fax : 05 22 50 22 56	22/09/2013	Hay Yasmina 4 Rue 68 N° 2 Angle Rue 48 N° 24 Aïn Chock - Casablanca Tél : 05 22 50 22 06 Fax : 05 22 50 22 56 206150

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE: 091044628			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Saurniture de tous

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	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>	<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
</td																

Docteur MOHAMED BELFATMI

الدكتور محمد بالفاطمي

- 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 الفرنكوفونية لداء السكري

رئيس وحدة داء السكري

بالمراكز الاستشفائية مولاي رشيد سابقا

شهادة الفحص باصدقى

اخصائى فى طب الشغل

الدار البيضاء فى

Casablanca le 22/09/2023 الدار البيضاء فى

Mme HABIBA AYLA

Education Nutritionnelle

APIDRA

DR. BELFATMI Mohamed
D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition
Diplôme en Médecine du Travail
Membre de la Société Francophone de Diabète
Bd. Rada Guedira, Cité Djamaâ Cité Djamaâ
Tél : 05 22 50 22 06 - E-mail: belmoha@hotmail.com

08 matin

08 midi

08 soir

12 UNITE / SOIR

LANTUS SOLOSTAR

IRVEL 300 MG

AM5 MG

UN ALFA 0,25MG

ZYLORIC 200 mg

LASILIX 40 mg

1 - 0 - 0

0 - 0 - 1

0 - 0 - 1

0 - 0 - 1

1 - 0 - 0

TRAITEMENT DE 3 MOIS

DR. BELFATMI Mohamed
D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition
Diplôme en Médecine du Travail
Membre de la Société Francophone de Diabète
Bd. Rada Guedira, Cité Djamaâ Cité Djamaâ
Tél : 05 22 50 22 06 - E-mail: belmoha@hotmail.com

PHARMACIE KHOLOUD
ATTIOUI Mina
Hay Yasmina 4 Rue 68 N° 21
Angle Rue 48 N° 21
Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 22 06
Fax : 05 22 50 22 06

INP: 092036714

شارع رضى اكديرة (النيل سابقا) 546 قرية الجماعة الدار البيضاء / الهاتف: 0522565661

Hay Yasmina 4 Rue 68 N° 21
Angle Rue 48 N° 21
Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 22 06
Fax : 05 22 50 22 06

Boulevard reda Guedira Ex : Bd Nil N°546 –Casablanca Cité Djamaâ

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



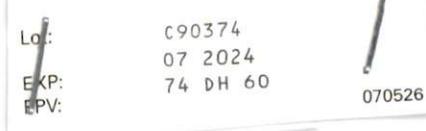
LOT 230304
EXP 01 2027
PPV 31.30



LOT 230303
EXP 01 2027
PPV 31.30



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T.
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 85
P.P.V. : 744DH00
6 118001 081615



Lot: C90374
EXP: 07 2024
PPV: 74 DH 60
070526

LOT 23079 PER 04/2026
PPV 43.70 DH

LOT 23079 PER 04/2026
PPV 43.70 DH

LOT 23079 PER 04/2026
PPV 43.70 DH



150,00

150,00
150,00
150,00
150,00

150,00
150,00
150,00
150,00