

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

no 28490

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021363

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. F. KIR Lahcen Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : S.O. Bloc 26 N° 61 Cas

Tél. : 0666388028 Total des frais engagés : 2001979.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELFAIMI Mohamed  
D.O. en Diabétologie - D.U. en Nutrition  
Diplôme en Echographie  
Diplôme en Médecine du Travail  
Membre de la Société Francophone  
Bd. Reda Guedira, Cité Ojard  
Tél. 05 22 58 58 61 - E-mail : belfaimi@univ-bordj.dz

Date de consultation : 21/4/2020

Nom et prénom du malade : A. F. KIR Lahcen Age : 71 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète Insulinodépendant

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) :

*[Signature]*



### 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
21/04/2020		5	209,80	Dr. BELFATMI Melame Diplôme en Diabétologie D.O. en Nutrition Diplôme en Echographie Diplôme en Médecine du Travail Membre de la Société Française des Diabétologues Bd. Reda Guedira, Cité Othmane Tél : 05 22 55 56 51 - E-mail: belmouna.stetmaili

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENNOUR Bloc 25 N° 2 Sidi Othmane Casablanca Tél : 05 22 55 33 16	21/04/2020	79,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

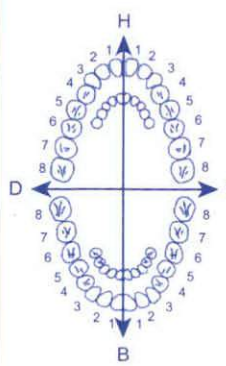
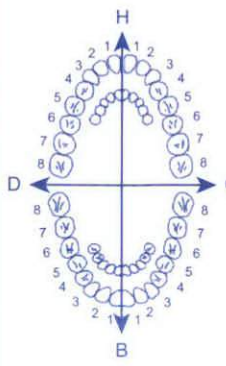
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 en médecine de travail

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

Casablanca le ..... 21 AVR 2020 ..... الدار البيضاء في

NR. AFKIR. UHAK

شهادة طبي

Durée 12mh

28,80 x 2

22,20

79,80

28,80

28,80

Dr. BELFATMI  
D.U en Diabétologie  
Diplôme en Echographie  
Diplôme en Médecine du Travail  
Membre de la Société Francophone de Diabétologie  
Bd. Reda Guedra, Cité Djamaà  
Tél.: 05 22 56 56 61 - E-mail: belmoha@hotmail.fr

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

Boulevard reda Guedira Ex : Bd Nil N°546 -Casablanca Cité Djamaà

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