

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ééducation :

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.

N° P19-

057795

70345

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975

Société : R.A.R

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AFKIR Lahcen

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse :

Télé : 0666388028

Total des frais engagés : 10.98.00 + 2.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELFATMI Moham  
D.U. en Diabétoologie D.U. en Nutrition  
Diplôme en Echographie  
Diplôme en Médecine du Travail  
Membre de la Société Française d'Endocrinologie  
Dr. Belfatmi Moham

Date de consultation : 30/03/2021

Nom et prénom du malade : AFKIR Lahcen

Age :

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

Dr. Belfatmi Moham

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Belfatmi Moham



### 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
30/03/2021	17		20000	 <p>Dr. BELFATMI Mohame          D.U. en Diabétologie - D.U. en Nutrition          D.U. en Echographie          Diplômé en Médecine du Travail          Membre de la Société Française de Médecine du Travail          Tel: 05 22 56 56 51 - E-mail: belfati@wanadoo.fr</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/03/2021	109800

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

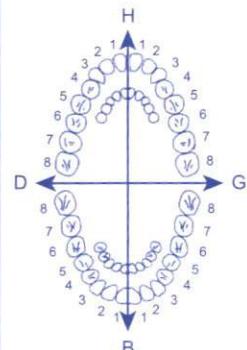
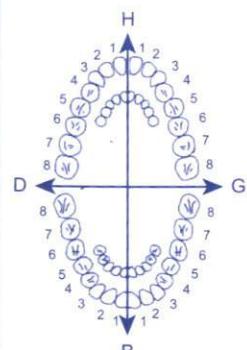
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
FIN D'EXECUTION				DATE DU DEVIS
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
(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

# 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 en médecine de travail

# الدكتور محمد بالفاطمي

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 باصدقى  
 أخصائي في طب الشغل

Casablanca le ..... 3/03/2011 ..... الدار البيضاء في

أ- AFICR. talan.

→ Education Nutritielle

19230x2 - Immolent

146



11080x3 Aldadra

5



3460x5 - levain

4



4050x3 - MR D Yassine



577 - Beldi

156



2880 - Vilent /al



109800

**PHARMACIE DE LA PREFECTURE**  
 Avenue du Nil, (Sidi Othman)  
 Blok 33, N° 23 - Casablanca  
 Tél: 00 522 37 14 02



شارع رضى اكديرة (التيك 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

