

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19-

057795

70345

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAR

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AFKIR Lahcen

Date de naissance : 01-01-1975

Adresse :

Tél. 0666388028 Total des frais engagés : 1098.00 + 2.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 30/03/2021

Nom et prénom du malade : AFKIR Lahcen Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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
30/13/21		4	229,00	Dr. BELFATMI Mohame D.U. en Diabétologie - D.U. en Nutrition D.U. en Échographie Diplôme en Médecine du Travail Membre de la Société Française de Diabétologie 50, Rue de la Paix - Casablanca Tel: 05 22 55 56 51 - E-mail: belfatmi@hotmail.ma

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Prothèse Avenue de la Liberté, (Sidi Othmane) Bloc 30, n° 23 - Casablanca Tel: 00 522 37 14 02	30/03/21	1098,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

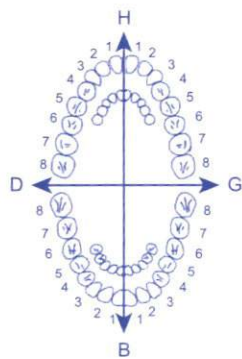
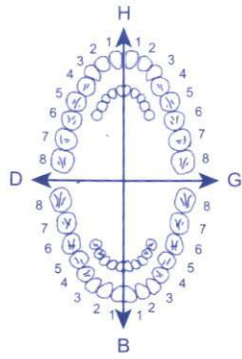
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

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 CœFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D ————— G</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS
	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

# 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 الفرنسية لداء السكري
- رئيس وحدة داء السكري
- بالمركز الاستشفائي مولاي رشيد سابقا
- شهادة الفحص باصدي
- أخصائي في طب الشغل

Casablanca le ..... 30/03/2014 ..... الدار البيضاء في

A. AFKIN. Laham

→ Education Nutritive

19230x2  
- Amulalaw

144

11080x3 Aldaen

5

3460x5 lentin

4

4050x3 - MARD yfan

50

577 - Beditun

1 SL

2880 Ylenn / al

1 SL

109800

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

Dr. BELFATMI Mohame  
D.U. en Diabétologie - D.U. en Nutrition  
Diplôme en Echographie  
Diplôme en Médecine de Travail  
Membre de la Société Française de Diabétologie

0522565661: الهاتف / الدار البيضاء / دار الجماعة / 546 قرية الجماعة (سابقا) شارع رضى اكدير

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

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



LOT : 20E022  
PER : 07 2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 20E024  
PER : 09 2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 20E024  
PER : 09 2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 20E025  
PER : 11 2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 20E025  
PER : 11 2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

319334

319334

319334

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

LOT : 20E031  
PER : 08 2025  
BEDELIX 3G  
SACHETS B30  
P.P.V : 57DH70  
6 118000 010234

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

P.P.V: 110DH80  
LOT: B23516  
EXP: 12.2021

P.P.V: 110DH80  
LOT: B23516  
EXP: 12.2021

P.P.V: 110DH80  
LOT: B23516  
EXP: 12.2021

PPV  
LOT  
PER

Insulatard®  
100U/ml  
Suspension injectable  
Flacon de 10ml  
PPV : 192 DH 30

8-0227-73-230-1

Insulatard®  
100U/ml  
Suspension injectable  
Flacon de 10ml  
PPV : 192 DH 30

8-0227-73-230-1

6 118001 120208

6 118001 120208

29,80