

# 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

## Déclaration de Maladie

M23-004295

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAM 162544

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AFKIR Larçem

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Sidi OHTMAN

Tél. : 0666388020 Total des frais engagés : 1268.00+2.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 Mai 2023

Nom et prénom du malade : LARçem AFKIR Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) : Le : 29/05/2023

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
08 Mai 2023			200.00	Dr. BELFATMI MOHAMMED D.U. en Néphrologie D.U. en Dialyse Diplômé en Echographie Membre de la Société Algérienne de Néphrologie Rue Guedra, Cité L'Espérance Alger

100.00

**Dr. BELFANT**  
D.U. en Diëtologie D.U. en Nutri-  
tionnel en Echografie  
Diploma van de Academie du Travail  
Membre de la Société Française de Nutrition  
Rd. Roca Guardia, C/da Lousada 10  
Tel. 02 26 81 11 11 - E-mail: info@drbelfant.be

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/5/23	1268.00

**Cachet du Pharmacien**  
**ou du Fournisseur**  
**Dr. N. ZAHRE EL ALIA**  
 Casablanca - Tel.: 05 22 37 19 63  
 RC: 496033 - IF: 50113439  
 ICE: 00273788000067

08/5/23

1268.00

[illegible]

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	

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

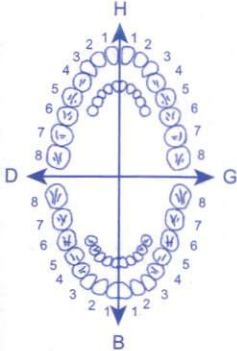
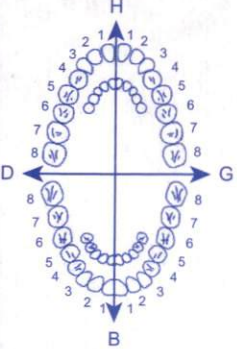
Montant détaillé  
des Honoraires

## 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.

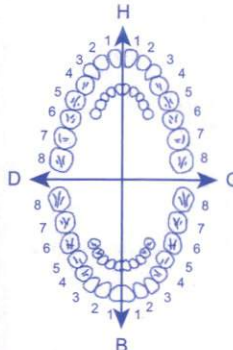
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des Travaux <input style="width: 80px;" type="text"/>										
				Montants des Soins <input style="width: 80px;" type="text"/>										
				Début d'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/>										
				Fin d'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/>										
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 2px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 2px;">D                      G</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: left;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">00000000 1,1433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D                      G		00000000 35533411	00000000 1,1433553	B		Coefficient des Travaux <input style="width: 80px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D                      G													
	00000000 35533411	00000000 1,1433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input style="width: 80px;" type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

**Veillez 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		
					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		1,1433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE 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 médecine de travail

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

اخصائي في طب الشغل

Casablanca le.....08/05/2023.....الدار البيضاء في

**Mme Lahcen Afkir**

## • Education Nutritionnelle +++

### Insulatard

Tardyferon 80

Aldactone 50mg

Dafon 1000mg

Lasilix 40mg

12matin

1 - 0 - 0

1 - 0 - 0

0 - 1 - 0

1 - 0 - 0

### ➤ Traitement De 3 Mois

Vitanevril Fort

Bedelix

1 - 1 - 1

1 - 0 - 0

0522565661:الهاتف/البيضاء/الجماعة الدار البيضاء/الشارع: 546 قرية الجماعة الدار البيضاء/الهاتف: 0522565661

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

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

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

LOT : 22E018  
PER : 10 2026

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

LOT : 22E015  
PER : 09 2026

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

LOT : 22E018  
PER : 10 2026

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LOT : 22E009  
PER : 01 2027

BEDELIX 3G  
SACHETS B30

P.P.V : 57DH70



LOT : 22E015  
PER : 09 2026

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



PPV  
LOT  
PER

28,80

1/2

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V : 56,80 DH



6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V : 56,80 DH



6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V : 56,80 DH



6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V : 56,80 DH



6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V : 56,80 DH



6 118001 170029