

## 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**  
M23-003309

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Koudari Fatma

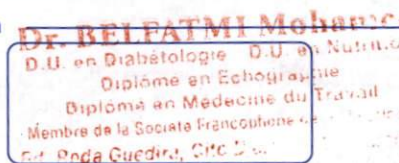
Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0643741905 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 Avril 2023

Nom et prénom du malade : FATMA Koudari

Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète Mellitus Type 2

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

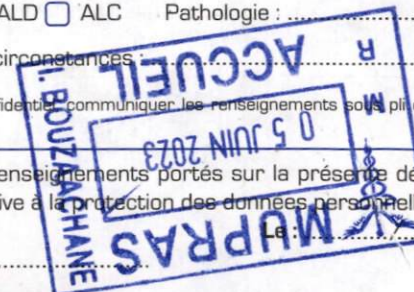
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates et Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

18 Avril 2023

Dr. BELETTMI Mohamed  
D.U. en Stomatologie D.U. en Nutrition  
Diplôme en Radiologie  
Diplôme en Médecine du Travail  
Membre de la Société Francophone de Stomatologie  
Réd. Reda Guedira, Cité Djamaa  
Tél: 05 22 50 55 01 - E-mail: beletmi.mohamed@gmail.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE IBN ROUCHD  
Mehdi BELAYACHI  
355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa  
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

# 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	

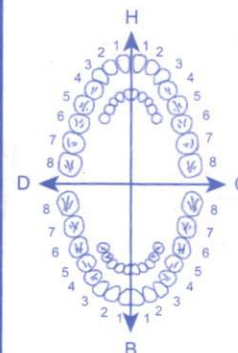
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte réalisé en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

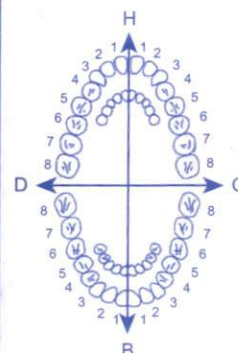
FIN D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

- 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

# الدكتور محمد بالفاطمي

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

Casablanca le.....18/04/2023.....الدار البيضاء في

## Mme Fatna Khoudari

### • Education Nutritionnelle +++

Mixtard

20matin

16soir

### ➤ Traitement De 3 Mois

122.00  
Urodine

0 - 0 - 1

288.00  
Vitanevril Fort

1 - 1 - 1

144.00  
Doliprane Supp

0 - 0 - 1

136.50  
Alyse 25

0 - 0 - 1

351.90  
**PHARMACIE IBN ROUCHD**  
Mehdi BELAYACHI  
355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaà  
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

**Dr. BELFATMI Mohammed**  
D.U. en Diabétologie - D.U. en Nutrition  
Diplômé en Echographie  
Diplômé en Médecine du Travail  
Membre de la Société Francophone de Diabétologie  
Bd. Reda Guedira, Cité Djamaà - Casablanca  
Tél: 05 22 37 07 06 - E-mail: belfatmi@hotmai.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.belmoh@hotmai.fr

Lot.: 22L265  
Exp.: 08.2025  
PPV: 136DH50

6 118001 040841

Lot N° : 1208056  
Fab : 08/2022  
Per : 08/2024  
PPV : 172.20 Dhs

**Urodine 4 mg**  
Toltérodine  
28 Gélules à libération prolongée  
6 118001 272952

PPV 28,80  
LOT  
PER

**VITANEVRIL® FORT** 100 mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 180593

PPV 14DH40  
PER 07/23  
LOT K2005

**Doliprane®** 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 SUPPOSITOIRES  
6 118000 040323

CHU D'ALGER  
INFORMATIONS  
0010 151500-101-41000000