

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: 47.80 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : KOUDARI FATMA

Date de naissance : 163808

Adresse :

Tél: 0643741905 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BELFATMI Mohamed
D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition
Diplôme en Echographie
Diplôme en Médecine du Travail
Membre de la Société Francophone de Diabète
Dr. Onda Guedra, Site D...

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 Avril 2023

Nom et prénom du malade : FATMA KROUDARI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète Mellitus Insulinodépendant

Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

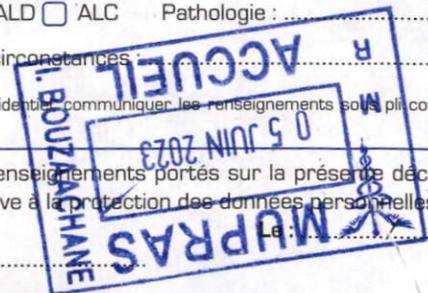
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18 Avril 2023 G		20000	Dr. BELFATMI Mohamed D.U. en Otolaryngologie - D.U. en Neurologie Diplôme en Oto-neurologie Diplôme en Médecine du Travail Membre de la Société Francophone de Neuro-otologie Prof. Reda Guedira, Cité 2 du Maroc - Casablanca Tél: 05 22 50 66 91 - E-mail: m.belfatmi@orange.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBN ROUCHD Mehdi BELAYACHI 355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaà Casablanca - Tél: 0522 37 07 06	10/04/23	351,90

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 :
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 type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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

172.00
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
Diplôme 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@hotm...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.belfatmi@hotmail.fr

