

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-772340

ASSOGI



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUËL FADWA

Date de naissance : 04/09/1979

Adresse : Rue Ali Abdellah Ben Abdellah Residence El HITA Vélodrome

Tél. : 0663372527

Total des frais engagés : 600 DHS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/01/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le 28/01/2023

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
18/11/2013				INP : 09M6869C

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		525785-22998380

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Date du devis <input type="text"/>																		
				Date de l'exécution <input type="text"/>																		

**Docteur Imane BEKOUCHI**  
**Spécialiste en-Gynécologie**  
**Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Coelioscopie - Colposcopie - Hystéroskopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes

**الدكتورة إيمان بکوشي**  
**إختصاصية في أمراض النساء**  
**والتواليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخص والجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
جامعة ديكارت-باريس

Casablanca, le : ..... 28/01/2023 ..... الدار البيضاء, في :

Mme : ..... Amina ..... Zriouel Fadwa

Facture

Consultation + Echographie

Debut + Fin + DIN

Dr Imane BEKOUCHI  
Gynécologue - Obstétricienne  
Immeuble Communal Rte d'Azemmour  
Entrée B 2ème Etage N°11 Hay Hassani Casablanca 930 920  
Gsm: 0661 961404 - Tel: 05 22 930 930

عماره الجماعة المدخل ب, الطابق الثاني رقم 11 , طريق أزمور- الحي الحسني- الدار البيضاء

Immeuble Communal Rte d'Azemmour , Entrée B 2ème Etage - N°11- Hay Hassani -Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

**Docteur Imane BEKOUCHI**  
**Spécialiste en Gynécologie**  
**Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroskopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes



**الدكتورة إيمان بکوشی**  
**اختصاصية في أمراض النساء**  
**والتوسيع**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التخدير و الجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة  
ديكارت - باريس

Casablanca, le : 28/01/2018 الدار البيضاء، في :

Mme :

N° 23 Riad Fadila

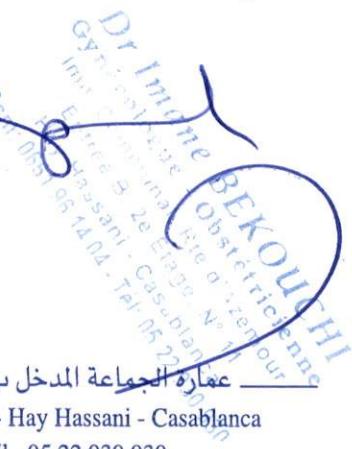
Uterus de taille normale,

Centres réguliers,

myomètres insignifiants

Anneaux de patient

- Abdominal  
In D



**عقاره الجماعة المدخل ب، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزمور- الحي الحسني - الدار البيضاء**

Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B, 2ème Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930