

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 canalaire, 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 canalaire.

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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 à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-778851



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11792	Société : 244520		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Benkoudia Salima			
Date de naissance :			
Adresse : Résidence Doris Imm 06 APPT 04 Ain Sebaa			
Tél. : 0661513004 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum Endocrinologie - Diabétologie Maladies Métaboliques Mantouane, 23 Angle Rue Georges Senda et Rue Moulay - Casablanca Tél. : 0522 99 59 02 GSM : 0659 41 13			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : Dr. El Mouttaqui Oum Kaltoum _____ Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

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
10-01-23			€ 7	INP : 00112BA131 Dr. EL MOUTTAQUI Oum Kau Endocrinologie - Diabète Maladies Métaboliques 23, Avenue de l'Indépendance BP 1000 - 10000 Dakar

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

CHÉT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne de
l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Diplômée de la Faculté de

Médecine Université Hassan II

Ancienne Médecin Interne au centre

Hospitalier Universitaire Ibn Rochd Casablanca

الدكتورة المتقى أم كلثوم

أخصائية في أمراض الغدد الصماء و داء السكري

التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن

الثاني - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

17- BEN KOUADIA SALIMA
Casablanca le : 10/01/23
330,00 x 5 = 1.650,00

1) Galanus met 50/1000g
2 cpl/j et 1/2 cpl/j
(5 Buits)
(Tm de 3 mois)

Dr. EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum
Tél: 0522 99 59 02 - GSM: 06 66 89 61 53 - E-mail: oum.kaltoum@hotmail.com
23, Angle Rue Georges Sand & Rue Montaigne. Résidence Résidia (Immeuble
au dessus du CTM) 2ème étage Appt 8. Quartier Val Fleuri Maârif - Casablanca
Rés. Al Hadid - Imm. 8 N° 8
Ain Sebaa - Casablanca
Tél: 0522 99 59 02 - GSM: 06 66 89 61 53 - E-mail: oum.kaltoum@hotmail.com
Dr. EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum
Tél: 0522 99 59 02 - GSM: 06 66 89 61 53 - E-mail: oum.kaltoum@hotmail.com
Dr. EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum
Tél: 0522 99 59 02 - GSM: 06 66 89 61 53 - E-mail: oum.kaltoum@hotmail.com

23، تقاطع زنقة جورج ساند و زنقة مونتاني. إقامة ريزيديا (العمارة

فوق الساتيام) الطابق الثاني الشقة 8. حي قال فلوري المعارف - الدار البيضاء

23, Angle Rue Georges Sand & Rue Montaigne. Résidence Résidia (Immeuble
au dessus du CTM) 2ème étage Appt 8. Quartier Val Fleuri Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 99 59 02 - GSM : 06 66 89 61 53 - E-mail : oum.kaltoum@hotmail.com

