

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-778851

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11792 Société : 244510

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Benkoudia Salima

Date de naissance :

Adresse : Residence Daris Imm OG APPT 04
Ain Sebaa

Tél. : 0661513004 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum
Endocrinologie - Diabétiologie
23, Angle Rue Mohamed Fakir et Rue
Mantaigne, 28, El Moudjahid
Tél.: 0522 99 59 02 - Casablanca
Gsm : 0659 41 13

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

[illegible]

10-01-23 C7 Dr. EL MOUTTAQUI Oum K
Endocrinologie - Di
Maladie
23. An

10 rue Georges Méliès
Mantaigne 2

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al... Rés. Al... Seba - Casablanca 092 666 551	10/01/23	1. = 1.350,00

10/07/23 1. = 1.350,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

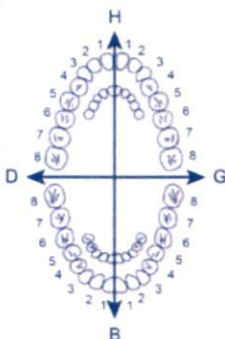
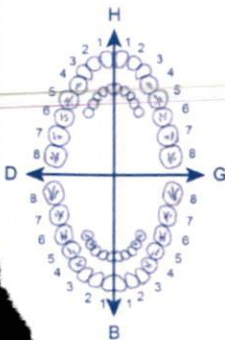
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are four main piers on each side of the central pier, numbered 1 through 4 from the center outwards. The bridge is supported by a series of smaller piers or abutments, also numbered 1 through 4. The bridge is shown in a perspective view, with a horizontal line representing the ground and a vertical line representing the central axis.

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	
-----------------------	--

DATE DU DEVIS	
------------------	--

DATE DE L'EXECUTION

ACHET 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 المتقي أم كلثوم

أخصائية في أمراض الغدد الصم 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

M^r BEN Koudia SALIMA Casablanca le : 10.01.23

330,00 x 5 = 1.650,00

1) GALvus met 50/1000
2 cp/j et 1/2 cp/j
(5 Boites)
(Trin de 3 mois)

طبيب الحساسية
Pharmacie AL HADIK
Rés. Al Hadik Imm. 8 N°8
Ain Sebaa Casablanca
Tél : 05 22 99 59 02 - GSM : 06 66 89 61 53
Dr. EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum
Endocrinologie - Diabétologie
Maladies Métaboliques
23, Angle Rue Georges Sand et 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

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

فوق الساتيام) الطابق الثاني الشقة 8. حي فال فلوري المعاريف - 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

