

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et R
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22



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

Déclaration de Maladie

M23-010629

188864

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEL ABED HALIMA

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : Groupe K 24156 N 18 EL Ouffa Casablanca

Tél. 0667281153 / 0522955533 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. U. ISSI OUDGHIRI Meryem
Endocrinologue
10 - 11 Lts Selouane Sam Center
Oulfa - Casablanca
INPS:061307724

Date de consultation : 22 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : M^{me} BEL ABED HALIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION THYROIDIENNE

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/23	51,75

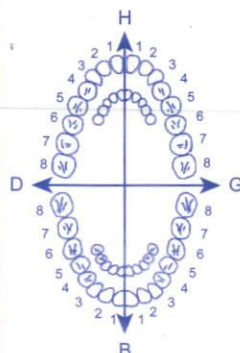
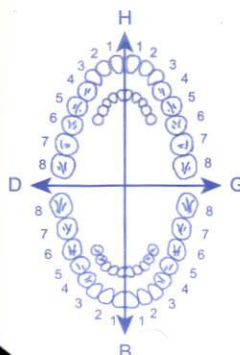
[illegible][illegible]

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

MONTANTS
DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Drissi Oudghiri Meryem

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition et
Maladies métaboliques

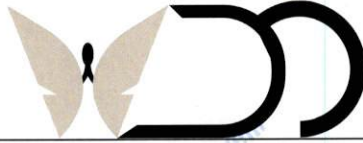
الدكتورة ادريسي ودغيري مريم

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
و التغذية و أمراض الأيض

Diplôme Universitaire en Echographie et techniques ultrasonores - Paris Descartes

Diplôme Universitaire en diététique-nutrition clinique et thérapeutique - Paris cité

Diplôme inter-universitaire en endocrinologie et métabolisme de la transition - Paris Sorbonne



MERYEM DRISSI OUDGHIRI
ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE - NUTRITION

Casablanca, le 08/12/23 في الدار البيضاء،

M^{me}

BEL ABED

HALIMA

15 comprimés
pelliculés
MSD

LOT: 113-1
PER: JUN 2025
PPV: 51 DH 70

- Drill toux sèche

1 ds x 2 / j

51,70

- Aerius

1cp/ sar.



PHARMACIE WILAYA MOULOYA
Docteur en Pharmacie
ZEKRI Abdelati
220-222-224 Boulevard Moulay El Oulfa
Casablanca Tel : 0522.50.51.13
ICE: 002291220000071

Dr. DRISSI OUDGHIRI Meryem
Endocrinologue
10 - 11 Lts Selouane Sami Center
Oulfa - Casablanca
INPE: 061007724

Lot Selouane, Sami Center, Bd OUD MELOUYA, Quartier EL OULFA, 1er Etage, Appt N°11
تجزئة سلوان، سامي سنتر، شارع واد ملوية، حي الألفاء، الطابق الأول، شقة N°11، الدار البيضاء

06 68 85 96 88 05 22 10 45 50 endocrinologie.mdo@gmail.com