

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-805459

81468

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUKH OUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Apt 6 Im S

Mohammedia

Tél. : 0613 27 60 45

Total des frais engagés : 551,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet Dr. KAMAL EL MOUATACIM
Gynécologue Obstétricien
Résidence El Hamd Bd Mohamed V
Mohammedia
Tél: 05 23 32 64 64 / INPE: 091029284

Date de consultation : 24 OCT 2022

Nom et prénom du malade : Aïri Aoua

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affe chronique

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 : Mohammedia

Le : 24 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
24 OCT. 2023			200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.10.23	50,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24 OCT 2023		300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

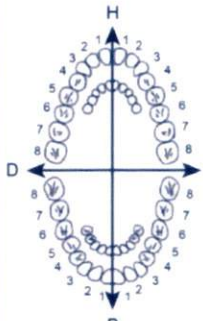
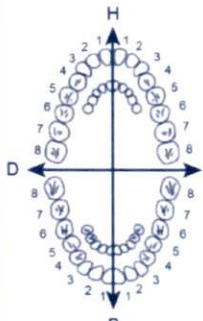
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte 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.

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																	
	<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

Professeur Kamal EL MOUATACIM

Chirurgien Gynécologue Obstétricien

Accouchement - Stérilité du couple - Echographie Doppler couleur

Chirurgie Gynécologique - Chirurgie du Sein



الدكتور كمال المعتصم

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

التوليد - جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي

الفحص بالصدى - العقم والانجاب الطبي

Mohammedia, le:

24/10/23

FACTURE

NOM : ZAIRE

PRENOM : MARIN.

CONSULTATION + ECHOGRAPHIE

Prix TTC = 500 Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :

..... cinq cents dirhams.

الدكتور كمال المعتصم
Cabinet Dr. KAMAL EL MOUATACIM
Gynécologue Obstétricien
Résidence El Hamd, Imm BMCE
Mohammed V
Tél: 05 23 32 64 64 - Tél: 09 19 29 26 4

إقامة الحمد جوار بنك المغربى للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس (قبالة مقهى الفصول الأربعة) - المحمدية

Résidence El Hamd, Imm BMCE; Bd. Mohamed V (en face Café 4 saisons) - Mohammedia

Tél.: 05 23 32 64 64 : Tjh\gh - Fax: 05 23 32 12 12 : S;h(gh - E-mail: elmouatacimk@yahoo.fr

Professeur Kamal EL MOUATACIM

Chirurgien Gynécologue Obstétricien

Accouchement - Stérilité du couple - Echographie Doppler couleur

Chirurgie Gynécologique - Chirurgie du Sein



الدكتور كمال المعتصم

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

التوليد - جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي

الفحص بالصدى - العقم والاندماج الطبي

Mohammedia, le:

24 OCT. 2023

A. Zairi Aarim

S.A. 50

LA GRANDE PHARMACIE
DOCTEUR EL MOUATACIM
Warda El Hamd - MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 32 01 10

PPV : 51,50 Phs

① A. i ka pen



② A. ovule 4 soir
A. codon Civi
14 pb + 21 j
S.A. 50

Pr. Kamal EL MOUATACIM
CHIRURGIEN GYNECOLOGUE
Résidence EL HAMD Bd Mohamed V
Mohammedia
Tél : 05 23 32 64 64 / INPE 09 1029264

إقامة الحمد جوار بنك المغربي للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس (قبالة مقهى الفصول الأربعة) - المحمدية

Résidence El Hamd, Imm BMCE; Bd. Mohamed V (en face Café 4 saisons) - Mohammedia

E-mail: elmouatacimk@yahoo.fr - Tél.: 05 23 32 64 64/ 06 59 13 39 39 - Fax: 05 23 32 12 12



ECHOGRAPHIE

Nom:

Zairi

Prénom:

Naniam

Indication:

A/Je pchennu

Date :

24 OCT. 2023

DDR:

UTÉRUS :

* Taille :

- Longueur :

- Largeur :

- Epaisseur :

* Contour :

* Situation :

* Myomètre :

pl
splan
kuru
Roufene

ENDOMÈTRE :

- Ligne de vacuité :

DU

LES ANNEXES :

- Ovaire Droit :

- Ovaire Gauche :

maua
libu

LE CDS DE DOUGLAS :

CONCLUSION :

DU e plu

الدكتور كمال المعتصم
Pr. Kamal EL MOUATACIM
CHIRURGIEN GYNECOLOGUE
Résidence EL HAMD, Bd Mohamed V
Mohammedia
Tél: 05 23 32 64 64 - Fax: 05 23 32 12 12 - 06 59 13 39 39

