

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-831163

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9634 Société : 203498
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MCHANTEF YOUSSEF
 Date de naissance : 11/08/1971 Mohammed
 Adresse : Mn
 Tél. : 066125431 Total des frais engagés : 638,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Cabinet Dr. KAMAL EL MOUATACIM Gynécologue Obstétricien Résidence El Hamd. Bd. Mohamed V Mohammedia Tel: 05 23 32 64 64 / INPE. 091029264
 Date de consultation : 21 FEV. 2024
 Nom et prénom du malade : EL MCHANTEF YOUSSEF Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie :
 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.

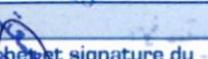
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Mohammed Le : 21 / 02 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNIL N° : A-15 / 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
21 FEV. 2024	CS		200,00	
21 FEV. 2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-02-24	138,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27 FEB 2024		300,00

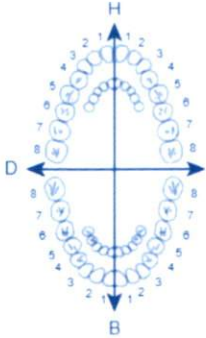
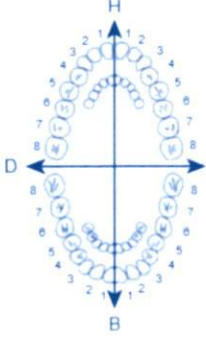
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
															
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>						H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H															
25533412 00000000	21433552 00000000														
D G															
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>				Montant des Honoraires											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 والانتجاب الطبي

Mohammedia, le: 21 FEB. 2024

EL ACHANTEF Brae

53,20

①

2 ayl m
1 cl + 3/8

53,20

84,90

②

2 phabn

138,10

1 cl + 2/8 10g



6 118000 010517
maphar
Km 10, route côtière 111, quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 RV : 84DH90

1125512

الدكتور كمال المعتصم
Fr. Kamal EL MOUATACIM
CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE
Résidence EL HAMD Bd Mohamed V
Mohammedia
0523326464 / INPE 052329264

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: EL JOHANNI
Prénom: BRAE
Indication: Cytosage

Date : 21 FEV. 2024
DDR:

UTÉRUS :

* Taille :

- Longueur :

- Largeur :

- Epaisseur :

* Contour :

* Situation :

* Myomètre :

ENDOMÈTRE :

- Ligne de vacuité :

LES ANNEXES :

- Ovaire Droit :

- Ovaire Gauche :

LE CDS DE DOUGLAS :

CONCLUSION :

sauf

pgy plinlan
#300D#

