

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 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 - Tel : 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° W19-519746

ND: 32056

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13131

Société : R.A.T.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Soukaina

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 066077750

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 FEV 2020

Nom et prénom du malade :

EZZENFARI Soukaina

Age :

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 :

CASA

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

SA

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
04.FEV.2020	C8		200,00	INP : 091052332 Cabinet Dr. KAMAL EL ANSARY Gynécologue Obstétricien Résidence El Jado, Bld Mohamed V

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BOUSSA 107 Bd. Khaila, Babine El Jado, 052335088 Tél: 0523324444	04/02/20	36,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
04.FEV.2020	04.FEV.2020	Fds pelin	200,00

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
				MONTANTS DES SOINS []										
				DEBUT D'EXECUTION []										
				FIN D'EXECUTION []										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []										
				DATE DU DEVIS []										
				DATE DE L'EXECUTION []										

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:

04 FEV. 2020

1 EZZAFARI KOKAUS

① Fm for
p2226



② p2226 for
18
Flagyl 500
p2226



36,30



Professeur KAMAL EL MOUATACIM
* Gynécologue Obstétricien *
Résidence El Hamd, Bd Mohamed V
Mohammedia
Tél: 05 23 32 64 64 - 06 59 13 39 39 - Fax: 05 23 32 12 12

إقامة الحمار 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

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



ECHOGRAPHIE

Nom: *El Hachem*
Prénom: *du kama*
Therme Théorique : *33 SA*

Date : *04 FEV. 2020*
DDR: *14/06/19*
DPG :
DPA :

PRESENTATION : ☒ Céphalique ☐ Siège ☐ Transverse

VITALITE : Mouvements : Oui ☒ Non ☐ Activité Cardiaque : Oui ☒ Non ☐

BCF : *110* bpm

BIOMETRIE : BIP : *88* mm (SA)
PC : *24* mm (SA)
CA : *33* mm (SA)
Fémur : *62* mm (SA)

POIDS FOETAL : *2000g*

MORPHOLOGIE : *RAS*

LIQUIDE AMNIOTIQUE : *prof*

PLACENTA : *prof*

DOPPLER ARTERIEL :

Ombilical :

Cérébral :

Utérine Droite :

Utérine Gauche :

NOTCH: D ☐ G ☐

CONCLUSION :

BE
28 semaines

Professeur KAMAL EL MOUATACIM
* Gynécologue Obstétricien *
Résidence El Hamd, Bd. Mohamed V
Mohammedia
Tel: 05 23 32 64 64 / INPE: 091029264