

## 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-626557

LA

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12970

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAKI. Fatima. Zaina

Date de naissance :

27/07/1990

Adresse :

30 rue 38 Quatien Saada Sofi

Tél. :

06 62 10 42 78

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/04/2021

Nom et prénom du malade :

ZAINA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

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 :

Nouaceur

Le : 27/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ZAINA

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-626557

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

**RELEVE 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
14/04/21	04	21	2000	INP : 0920479A3

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PALESTINE BBAD ET ANDALOUSSI SANI 111, Boulevard de la Palestine Tel: 05 23 32 30 77	16/04/21	302,80

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. KAMAL Gynecologue Résidence El Hamra Tel: 05 23 32 64 01	14/04/21	EDU	2000

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Professeur Kamal EL MOUATACIM**

**Chirurgien Gynécologue Obstétricien**

**Accouchement - Stérilisation du couple - Echographie Doppler couleur**

**Chirurgie Gynécologique - Chirurgie du Sein**



**الدكتور كمال المعتصم**

**اختصاصي في أمراض النساء والولادة**

**التوليد - جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي**

**الشخص بالصدى - العقم والإنجاب الطبيعي**

Mohammedia, le:

14 AVR. 2001  
صيادلة فلسطين  
HARMACIE PALESTINE  
ABBAD EL ANDALOUSI  
111 Boulevard de la Palestine  
Tél. 05 23 32 30 73 - Mohammedia

ZAKI F.Z

57,90x2  
115,80

670 pyc u h2

10h h dom

éperlu 15 grys

36,70

J. Nyos dom Je

1988 + 2/3

46,70

je ns Cand 1R (x4)

Khalil Hemani

اقامة الحمد جوار بنك المغربي للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس (قبلة مقهى الفصول الأربع) - المحاذية

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

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

103,60

4<sup>e</sup> Année 1<sup>er</sup> semestre  
NCP + 2<sup>g</sup> 8<sup>g</sup>

T = 302,80

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Gyno-pevaryl 150mg lp ovule  
P.P.V: 32,30 DH

6 118001 181261

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Gyno-pevaryl 150mg lp ovule  
P.P.V: 37,90 DH

6 118001 181261

LOT: 08020065  
PER: 11/2025  
PPU: 36,70 DH  
Topique

MYCOPERME® 1% CREME  
Tube de 40 g

6 118000 230151

AMOXIL 1g  
24 comprimés dispersibles

6 118000 160045

Professeur KAMALEL MOUATACIM  
\* Gynécologue Obstétricien  
Residence El Hamd, Bd. Mohamed V  
Mohammedia  
Tel: 05 23 32 64 64 / INPE: 09 029264

MAPHAR  
PHARMACEUTIQUE  
ABBAD EL AÏD ALDOUSI Samia  
111, Boulevard de la Palestine  
10006 23 32 30 73 Mohammedia

*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

الشخص بالصدى - العقم والأنجاب الطبي

Mohammedia, le: ..... ١٤/٥/٢١.

## **FACTURE**

NOM : ..... ZAKI .....

PRENOM : ..... F.Z .....

CONSULTATION + ECHOGRAPHIE

Prix TTC = ..... ٤٠٠ Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :

..... quatre mille dirhams.

ICE: 001917939000067 - IF: 40102622

اقامة الحمد جوار بلك المغربي للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس (قبالة مقهى الفصول الأربع) - المحطة

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

Tél.: 05 23 32 64 64 - الفاكس: 05 23 32 12 12 - E-mail: elmouatacemk@yahoo.fr



## ECHOGRAPHIE

Date : 14/04/21.

Nom: ZAKI  
Prénom: F-Z

DDR:

Indication:

### UTÉRUS :

\* Taille :

- Longueur :

- Largeur :

- Epaisseur :

\* Contour :

\* Situation :

\* Myomètre :

ml  
fflin  
lue

fibroid type 6      2cm  
sein estable      1,7 cm

### ENDOMÈTRE :

- Ligne de vacuité :

### LES ANNEXES :

- Ovaire Droit :

- Ovaire Gauche :

### LE CDS DE DOUGLAS :

### CONCLUSION :

utérus dysfonction



VS6002819 21 04 14 6 GA=18s4d

Professeur Kamal EL MOUATACIM

14.04.2021 14:19:11

TIs 0.2 RICS 9A RS  
Tlb 0.2 GYN  
MI 1.2 7.0cm / 1.2  
180°/ 22Hz  
Routine HI  
HM PI 11.80 - 2.50  
AO 100%  
Gn 0  
C6 / M7  
FF1 / E2  
SRI II 1 / CRI 1

Volume  
56

1 D 1.58cm  
2 D 1.71cm

VS6002819 21 04 14 6 GA=18s4d

Professeur Kamal EL MOUATACIM

14.04.2021 14:18:23

TIs 0.2 RICS 9A RS  
Tlb 0.2 GYN  
MI 1.2 7.0cm / 1.2  
180°/ 22Hz  
Routine HI  
HM PI 11.80 - 2.50  
AO 100%  
Gn 0  
C6 / M7  
FF1 / E2  
SRI II 1 / CRI 1

Volume  
56

1 D 2.07cm  
2 D 1.82cm

VS6002819 21 04 14 6 GA=18s4d

Professeur Kamal EL MOUATACIM

14.04.2021 14:17:57

TIs 0.2 RICS 9A RS  
Tlb 0.2 GYN  
MI 1.2 7.0cm / 1.2  
180°/ 22Hz  
Routine HI  
HM PI 11.80 - 2.50  
AO 100%  
Gn 0  
C6 / M7  
FF1 / E2  
SRI II 1 / CRI 1

Volume  
56