

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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.

N° W21-769758

139650

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 12650		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHOUKH OUSSAMA			
Date de naissance : 3 Juin 1989			
Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Appt 6 Imm S Bd Riad Mohammmedia			
Tél. : 0613276095		Total des frais engagés : 600 Dhs	
Cabinet Dr KAMAL EL MOUATACIM Gynécologue Obstétricien Résidence El Hamd, Bd. Mohamed V Mohammmedia Tél: 05 23 32 64 64 / INPE: 091029264			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 08 NOV 2022			
Nom et prénom du malade : ALLAL BEN ABDELLAH			
Age : 33			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ALY-je			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>maladie</i>			
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.			

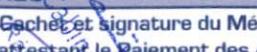
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Mohammmedia

Signature de l'adhérent(e) : *Soufia*

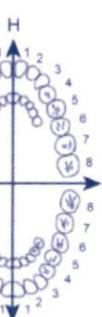
Le : 08/11/2023



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
08 NOV 2022	CJ		260,50	INPRÉCÉDENT KAMAL JE DOSSIER N° 2326464 MONTANT PAYÉ Signature : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cabinet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. KAMAL EL MOKHTAR RADIOLOGISTE HAMA BINT MOHAMMED</i>	08 NOV 2023	<i>Ech</i> <i>plus</i>	<i>400.00</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																

**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: 08 Nov 2022

## **FACTURE**

NOM : Zahili

PRENOM : Najah

**CONSULTATION + ECHOGRAPHIE**

Prix TTC = 600 Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent dirhams.

*Cabinet De KAMAL EL MOUATACIM  
Gynécologue Obstétricien  
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*

اقامة المحطة جواد يهادن العربي للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس (قبالة مقهى الفصول الأربعية) - 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



## ECHOGRAPHIE

Nom:

Zohra

Date :

06 NOV. 2022

Prénom:

Houcine

DDR:

Indication:

Acne de Vulva

### UTÉRUS :

\* Taille :

- Longueur :

longue

- Largeur :

large

- Epaisseur :

épaisse

\* Contour :

contenu

\* Situation :

normale

\* Myomètre :

myomètre

### ENDOMÈTRE :

- Ligne de vacuité :

vacuite

### LES ANNEXES :

- Ovaire Droit :

normal

- Ovaire Gauche :

normal

### LE CDS DE DOUGLAS :

### CONCLUSION :

الدكتور كمال المختار  
 chirurgien gynécologue  
 résidence El Hamd, Imm BMCE; Bd. Mohamed V (en face Café 4 saisons) - Mohammedia  
 Tél.: 05 23 32 64 64 - Fax: 05 23 32 12 12 - 06 59 13 39 39

اقامة العدل جوار بنك المغرب للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس ( مقابلة مقهى الفصول الاربعة ) - المحمدية

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

Tél.: 05 23 32 64 64 - Fax: 05 23 32 12 12 - 06 59 13 39 39

