

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.
- In 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 002179

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MAZOUNI Mustapha
 Date de naissance : 19/04/1952
 Adresse : Lt FATH 2 N° 21
 S.M. NABLOU Corn
 Tél. : 066/106716 Total des frais engagés : 1294,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur A. LAMINE
 Chirurgie Orthopédique
 Traumatologie
 Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2
 Moulay Rachid 2 - Casablanca
 Tel. : 05 22 37 19 17
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/12/2012
 Nom et prénom du malade : SKali Lami Raja Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : fracture du 5^e métatarsien et
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : (impudence)
 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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

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

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
8/12/22	K20		1600,00	 Professeur A. LAMMARI Chirurgie Orthopédique Traumatologie Avenue El Akkaf Al Akkam Annakhla Im. A2 Moulay Rachid 2 - Casablanca Tel : 05 22 37 19 17
	Voir la facture			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Ma Pharmacie 30 Bis, Fath II Sidi Maarouf CASABLANCA Tél : 05 22 78 62 05	08/12/2022	194,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

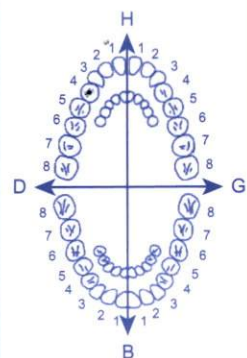
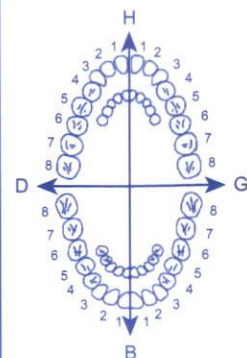
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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



مصحة الأمين
Clinique Al Amine

Casablanca le 08/12/22

M^r SKALI. LAMI. Rojo-

14,00

4, ANDOL 500

1 cp x 2 / j

180,00

3 LOVENOX 02

1 Amp en S/c

10/2

x 100



énoxaparine sodique/
enoxaparin sodium



CLINIQUE
73, Angle
et Abou
Tél: 05 22 86 36 36

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie
Akid Al Akim Annakhla Im. A2
Moulay Rachid 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 37 19 17

Ma Pharmacie
80 Bis, Faissidi Maarout
CASABLANCA
Tél.: 05 22 78 62 05

73, زنقة ابن جلجل و أبو مروان عبد المالك (بين شارع أنوال و مولاي إدريس الأول) حي المستشفيات - الدار البيضاء
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss 1er)
CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr



Le 8/12/22

Nom & prénom : Skali lami Raja

Signes cliniques : Torsion du pied dt.

Examen radiologique réalisé :

- Cliché du pied dt de face et de profil.

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie
Av. Al Akid Al Aliam Annakhla Im. A2
Moulay Rachid 2 Casablanca
Tel. : 06 22 37 19 17



Le 8/12/22

Nom & prénom : Skali lami Raja

Signes cliniques : Torsion du pied dt.

Examen radiologique réalisé :

- Cliché du pied dt de face et de profil.

Compte rendu

- Fracture de la base du 5^{ème} métatarsien.

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie
Av. Al Akid Al Aliam Anna Maria Im. A2
Moulay Fakhro 2 - Casablanca
Tel. 05 22 37 19 17



مصحة الأمين

Clinique Al Amine

03/12/2022

Casablanca le

FACTURE N° : 37/22

Nom & Prénom : Skali lami raja

Libellé	Coef.	Montant (dh)
. Pr Lamine	K20	700
. Immobilisation	K20	700
. Radio du pied dte de F+P	Z	200
. Resine + accessoires		1600

Arrêté la présente facture à la somme de :
mille six cent Dirhams.

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie
Al Amine - Agakhia Int. A2
Rachid 2 - Casablanca
05 22 37 19 17

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
et Aboumarouane Abdelmalek
CASA BLANCA
Tél: 0522 86 36 36 Fax 0522 86 05 30

Objet: Déclaration des conditions de Brâhmes

Je soussignée, Mme SKALI LAMI RAJA, titulaire de
la CIN numéro B 26 8125, épouse de N. Nustapha ELNazyani
Né 1933, retraité RAT, déclare par la présente avoir
trebuché en date du 08/12/2022, en descendant les
escaliers, dans ma maison, provoquant une fracture de
la base du 5^{ème} métatarsien du pied droit

Cette déclaration est faite pour valoir à que
de droit

SKALI LAMI RAJA



天

