

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 (soins 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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-503183

114084

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13267 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mouna BBAH ZAINAB
 Date de naissance : 92/06/1996
 Adresse : N° 23 Résidence ABAB OUN RABID
 BD OUN RABID
 Tél. : 0634324465 Total des frais engagés : 434,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Mouna BBAH ZAINAB 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Mouna BBAH

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP : 000002141

Professeur M. DOKHSSI
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
Chirurgie de la main et de la réparation

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

23/12/19
300
134.50
Par la concorde de F + P

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

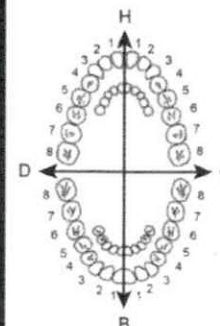
SOINS DENTAIRES

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

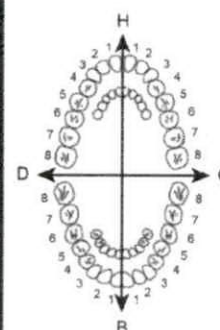
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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



مصحة الأمين

Clinique Al Amine

Casablanca le 23/12/14

he
= MOUNABBAH
ZAINER

13h.50

- Arbre 120 y
1 up 17 j



- Col tract. 1-2/1 do j.

- Noliceptol Gel
1/2 y - 2/3 y

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Admane BIDA

49, Boulevard OUM ERRABII MY MASCARI, EL OULFA
CASABLANCA - Tél.: 05 22 90 25 72 - Fax: 05 22 90 12 64

Professeur M. DKEISSI
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
Traumatologique & Reparatrice
Tél.: 22 86 36 36 - Casablanca

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
Tél.: 05 22 86 36 36 - Fax: 05 22 86 05 30



مصحة الأمين

Clinique Al Amine

23/12/2019

Casablanca le

Facture N° 747

Nom et Prénom	Mme ; Mounabah Zineb
Medecin Traitant	Pr Dkhissi
Date	23/12/2019

L I B E L L E	QTE	Prix Unitaire	Montant
Pr Dkhissi	C3	300,00	300,00
Radio du coude dt F+P	Z	300,00	300,00
			600,00

Arreter la presente facture a la somme de :
Six cents dhs ,

CLINIQUE ALAMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
et Aboumerouane Abdelmalek
C.A.S.A. ALAMCA
Tél: 0522 86 36 36 - Fax: 0522 86 05 30

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

C.N.S.S. : 6237508 - PATENTE : 036361410 - R.C. : 93759 - C.N : 78000210009016 - I.F : 1087028 - ICE : 001533163000028



مصحة الأمين
Clinique Al Amine

Casablanca le 23/12/19

M. Noureddine Zairat

Rachis du couell

dr

F-1P

Professeur M. DKHSSI
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
Traumatologie & Régénératrice
Tél: 0522 86 36 36
CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
et Aboumerouane Abdelmalek
CASABLANCA
Tél: 0522 86 36 36 - Fax: 0522 86 05 30



مصحة الأمين
Clinique Al Amine

Casablanca le 23/12/15

MOUABAH Zairate

- Na Larde St Fed

Absence de lésions
osseuses et tendineuses

PROFESSEUR M. DJEISSI
CHIRURGE ORTHOPÉDIQUE
Traumatologie et Prothèse
Tél.: 05 22 86 36 36 - Casablanca

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
et Abou Marouane Abdelmalek
CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 36 36 - Fax: 05 22 86 05 30

je me suis tombé chez moi à la maison après avoir
~~rester~~ senti d'un vol de nuit et je me suis fait mal
au niveau de ma main droite (coude)



HOUNABBAH ZAINAB

13265