

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

- 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° W21-704151

120732

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0738

Société :

R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DEAMOUNI ZOHA A

Date de naissance :

01/01/1945

Adresse :

402 Bd Zenkioimi, Résidence
Nehal, Casablanca

Tél. :

0661215484

Total des frais engagés :

608,65

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

paignet gche

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) :

[Signature]

27/06/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
11.06.2022	C3		200	INP : 09409133 Professeur A. LAMINE Chirurgie Orthopédique Traumatologie Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2 Moulay Rachid 2 - Casablanca Tél. : 05 22 37 19 17

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/22	108,65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11.06.2022	Rx	300

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

ADHERENT

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 : <input type="text"/>															
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<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		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																



Le 11.06.22

Nom & prénom : Dermouni Zohra

Signes cliniques : Fracture du poignet gche

Examen radiologique réalisé :

- Cliché du poignet gche de face et de profil.

Compte rendu

- Absence de déplacement secondaire.
- Matériel en place.
- Fractures consolidées


Professeur A. ALAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologique
Av. Al Akid Al Allam Annakhta 1er
Moulay Rachid 2 - Casablanca
Tel. : 05 22 37 19 17



Le 11.06.22

Nom & prénom : Dermouni Zohra

Signes cliniques : Fracture du poignet gche

Examen radiologique réalisé :

- Cliché du poignet gche de face et de profil.

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



مصحة الأمين
Clinique Al Amine

Casablanca le 18/6/22

Dermouni Zohra

→ Osteo care

29/6 (S.V)

108/61



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



مصحة الأمين
Clinique Al Amine

Casablanca le

11/06/2022

FACTURE N° : 183/22

Nom & Prénom : Darmouni Zohra

Libellé	Coef.	Montant (dh)
Pr lamine	C3	200
Radio de poignet gche F+P	Z	300
		500

cinq- cent dihams

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

