

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

Declaration de Maladie

N° W21-766163

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9409 Société : AL41293
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELABSSI JALAL
 Date de naissance : 25/04/73
 Adresse : 19 Rue la fontaine Racine, CASABLANCA
 Tél. : 0641165502 Total des frais engagés : 5650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ELABSSI JALAL Age : 49 ans.

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Phlegmon unineux gangrené, infecté

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 : Casablanca Le : 13/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 13/10/11 | consulte délivrance | | 58500 | INP : 10910375728 |

X Amor

Clinique Al Amal
 38 Rue Mohamed El Maza
 Casablanca
 France ville 7205 22 25 10
 Tel. 05 22 25 38 7205 22 25 10

[illegible][illegible][illegible]

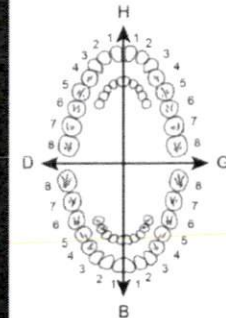
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

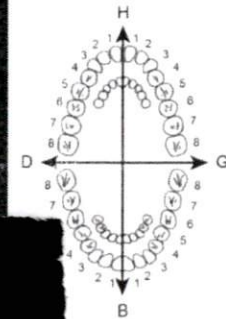
| S O I N S D E N T A I R E S | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [][][][][][][][][][] | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <div>[]</div> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | <div>[]</div> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <div>[]</div> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | <div>[]</div> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |



| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|
| | | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 <hr/> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 <hr/> 00000000 11433553 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> D G </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div> | | <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> | |
| | | <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> | |
| | | <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> | |

| | | |
|---|----------|----------|
| | H | |
| | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| | B | |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr El MOUSSAOUI ALI

Professeur d'urologie
Chirurgie endoscopique
Lithotritie extra corporelle
Stérilité masculine



الدكتور علي المساوي

أستاذ في أمراض و جراحة الكلي
و المسالك البولية

Ordonnance

Nom :

Casablanca, le: M. 10. 22

Mr

El Abssi. TALAL

Kyste epidermoïde
perineoscrotal gauche;
Dor traitement
chirurgial;



Dr. ALI EL MOUSSAOUI
Urologue
301 Ann. Al Miraj Center
Bd. Abdelmoumen N° 36
Casablanca - Tél : 0522 86 04 10

Al Miraj Center

Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual
3eme étage N° 36 - Casablanca
Tél : 0522 86 04 10 - Gsm : 0661 20 05 01
E-mail : alinaitmoussaoui2000@yahoo.fr

مجمع العراج

ملتقى شارع عبد المومن و شارع أنوال
الطابق 3 الرقم 36 - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 86 04 10 - المحمول : 0661 20 05 01

CLINIQUE AL AMANE



090062191

FACTURE N° 01330/22

CASABLANCA Le : 15-10-2022

page 1 / 1

| Identification | |
|--|-------------------|
| N° Dossier : 22J15101400 | N°IPP : 003700/22 |
| Nom & Prénom : M. EL ABSSI JALAL | |
| C.I.N. : E436274 | |
| Date Naissance : 25-04-1973 | |
| Adresse : 19 RUE DE LA FONTAINE ETG 3 APT 3 RACINE | |

| |
|----------------------------------|
| Organisme : Payant |
| Période d'hospitalisation |
| Date Entrée : 15-10-2022 |
| Date Sortie : 15-10-2022 |

| Prestations | Observation | Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|---------------------------------|-------------|-----|---------|------|------|-----------------|
| E.C.G. | | | | | | |
| ECG | | 1 | 150,00 | | | 150,00 |
| Sous Total | | | | | | 150,00 |
| SEJOUR | | | | | | |
| BLOC OPERATOIRE | | 60 | 25,00 | | | 1 500,00 |
| SEJOUR EN CHAMBRE | | 1 | 400,00 | | | 400,00 |
| Sous Total | | | | | | 1 900,00 |
| PHARMACIE | | | | | | |
| PHARMACIE | | 60 | 15,00 | | | 900,00 |
| Sous Total | | | | | | 900,00 |
| TOTAL PARTIE CLINIQUE | | | | | | 2 950,00 |
| HONORAIRES MEDICAUX | | | | | | |
| DR. EL MOUSSAOUI ALI (UROLOGIE) | | 60 | 30,00 | | | 1 800,00 |
| DR. EL BOUAYCHI MOHAMED AMIN | | 30 | 30,00 | | | 900,00 |
| Sous Total | | | | | | 2 700,00 |
| TOTAL PARTIE AUTRUI | | | | | | 2 700,00 |
| TOTAL GENERAL | | | | | | 5 650,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CINQ MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Facture Imprimer par : **AMINE NA.**

Clinique Al Amane
 39 Rue Mohamed El Hayani
 France Ville Casablanca
 Tél 05 22 25 38 72 / 05 22 25 10 --



COMPTE-RENDU OPERATOIRE

- Nom du patient : EL ABSSI JALAL
- Date de naissance : CIN:
- Date d'admission :
- Diagnostic d'entrée : 15-10-22
- Type d'Intervention : Excision drainage - mise plat
- Date de l'Intervention : 15.10.22
- Chirurgien : D El Noussan

Compte-Rendu Opératoire : Phlegmon périmétral diffus et gangreneux;

CR:0 - Sr, AL R, incision périméscrotale
Centrée sur la formation phlegmonneuse, drainage
et excision des tissus infiltrés et
gangrenés. Hémostase et nettoyage soigné.
Approchement de la plaie par 2 points
de suture. Pansement et surveillance
Antibiotiques + Analgésique

CLINIQUE AL AMANE

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 15-10-2022

DR. EL BOUAYCHI Mohamed Amin

PATIENT : M. EL ABSSI JALAL

HONORAIRES : 900,00 Dh
(NEUF CENTS DIRHAMS)

Dr. EL BOUAYCHI Med Amin
Anesthésiste Réanimateur
INF 219959
Clinique AL AMANE

Clinique Al Amane
39 Rue Mohamed El Mays
France Ville Casablanca
Tel 05 22 25 38 72 05 22 25 16 2

CLINIQUE AL AMANE

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 15-10-2022

DR. EL MOUSSAOUI Ali

PATIENT :

M. EL ABSSI JALAL

HONORAIRES :

1 800,00 Dh
(MILLE HUIT CENTS DIRHAMS)

Dr. ALI EL MOUSSAOUI
301, Rue Mohammed VI
Bd. Abdou Moumouni N°246
Casablanca - Tel : 0522 86 04 10

Clinique Al Amane
39 Rue Mohammed VI
France Ville - Casablanca
Tél : 05 22 25 38 72/05 22 25 10