

# 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 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

- 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.

**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

M22-

11461

12/02/23

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1933

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL MATHANI MUSTAPHA

Date de naissance :

19/04/1952

Adresse :

LOT FATHI N°21 Gdi Maarouf  
CASA

Tél. :

0661106716

Total des frais engagés :

600,00

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 :

21 / 01 / 23

Nom et prénom du malade :

Skali Lami Raga

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

fracture du 5<sup>e</sup> métatarsien alt

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Casa 02/02/23

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

h19

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
21/10/11 2013	C3		300,00	Professeur A. LAMINE Chirurgie Orthopédique Traumatologie Av. Al Akid Al Allam Amaknia Im. A2 Moulay Rachid 2 - Casablanca Tel. : 05 22 37 19 17

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Professeur A. LAMINE Chirurgie Orthopédique Traumatologie Av. Al Akid Al Allam Amaknia Im. A2 Moulay Rachid 2 - Casablanca Tel. : 05 22 37 19 17	21/10/11 2013	Ra duplét de F. et P.	300,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

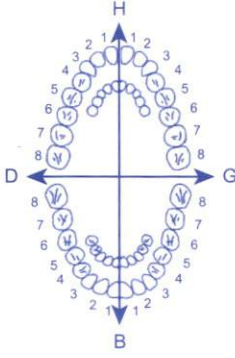
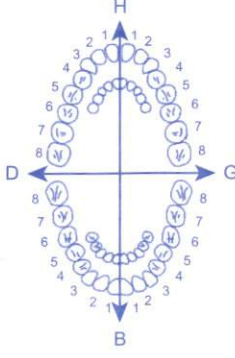
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 21/1/23

Nom & prénom : Skali lami Raja

Signes cliniques : Fracture du pied dt.

Examen radiologique réalisé :

- Cliché du pied dt de face et de profil.

Compte rendu

- Fracture de la base du 5<sup>ème</sup> métatarsien consolidée.
- Trame osseuse raréfiée

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



Le 21/1/23

Nom & prénom : Skali lami Raja

Signes cliniques : Fracture du pied dt.

Examen radiologique réalisé :

- Cliché du pied dt de face et de profil.

Professeur A. LAMINE  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologique  
Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. 72  
Moulay Rachid 2 - Casablanca  
Tel. : 05 22 37 19 17



2



مصحة الأمين  
Clinique Al Amine

Casablanca le .....

21/01/2023

**FACTURE N° :** 43/23

**Nom & Prénom :** Skali Lami Raja

Libellé	Coef.	Montant (dh)
Pr lamine	C3	300
Radio du pied dt de face et profil	Z	300

600

six cent dirhams

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

CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jaljal  
et Aboumarouane Abdelmalek  
C.A.S. B.L.A.N.C.A.  
Tél: 0522 86 36 36 - Fax: 0522 85 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