

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Maladie :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

45713

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012728

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom ENNEHAS Fouad Date de naissance 11-06-1963

Adresse VILLA C12 CITE LAYA Route EL FADIDA Casa

Tél. 0664350290 Total des frais engagés : 0000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUAYAD Jabrane  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
Bd. Oum Errabia Groupe Firdaous  
App. N°3 GH 1 Imn. 4, 1er Etage  
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ENNEHAS Fouad Age :

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

Nature de la maladie : Traumatisme

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 : 13/10/2020

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
02/10/2020	Hosp. chirurgicale			
88	Nouveau Facture		6000 dhs	

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

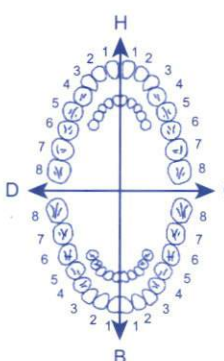
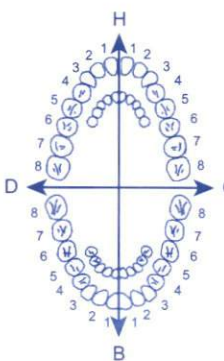
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Casablanca le 09 octobre 2020.

## Déclaration sur l'honneur

Je soussigné M<sup>r</sup> ENNEHAS FOUAD né le 11-06-1963 à Casablanca, titulaire de la carte d'identité nationale N<sup>o</sup> B659683, résidant à Casablanca Villa C12 cité LAYA route d'El Jadida, atteste sur l'honneur être victime d'une chute accidentelle à domicile le jeudi 1<sup>er</sup> octobre 2020 l'après midi, qui a engendré une fracture au niveau de mon poignet gauche.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

signé: M<sup>r</sup> ENNEHAS FOUAD



# CLINIQUE AL AMINE

MEDICO - CHIRURGICALE

CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 02/10/2020 Heure 07:31

Nom et Prénom du patient Mr ENNEHAS FOUAD

Age ou Date Naissance 0 - 11/06/1963

N° Cin du patient ou du tuteur B659683

Adresse 12 RTE EL JADIDA CITE LAYA 1 12 CASA

Téléphone 0664350290

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant BOUAYAD

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

Motif d'hospitalisation DIVERS

Affiliation à une couverture maladie NON

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 02/10/2020

Heure 11:41

Durée d'hospitalisation (jours) 0,00

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*



مصلحة الأمين  
Clinique Al Amine

Casablanca le .....

## F A C T U R E

N° : F 241 / 2020 du 02/10/2020

Médecin traitant : DR. BOUAYAD

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr ENNEHAS FOUAD	Payant	02/10/20	02/10/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE SIMPLE		1,00	400,00	400,00
SALLE OPERATION	K	1,00	1 800,00	1 800,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>2 200,00</b>
PHARMACIE		1,00	500,00	500,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>500,00</b>
<b>Total clinique</b>				<b>2 700,00</b>
DR. BOUAYAD (traumatologue)	K	1,00	2 700,00	2 700,00
DR. CHARRI OTHMANE (anesthésiste)	K	1,00	600,00	600,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>3 300,00</b>
<b>Total autres prestations</b>				<b>3 300,00</b>

Arrêtée à la somme de :  
SIX MILLE DIRHAMS

**TOTAL GENERAL 6 000,00**

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
6 000,00		6 000,00	

CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jaljal &  
Abou Marouane Abdelmalek  
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

## CLINIQUE AL AMINE

## NOTE D'HONORAIRES

AD

Le : 02/10/2020 11:43

Références

241 / Payant

N° 20536

Entrée / Sortie : 02/10/2020 - 02/10/2020

Le Docteur BOUAYAD

présente à Mr ENNEHAS FOUAD

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
2 700,00 Dhs (DEUX MILLE SEPT CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. BOUAYAD Jabrane  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
Bd. Oum Errabia Groupe Firdaous  
Appt. N°3 GH 1 Imn. 4, 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83

Cachet et signature

## CLINIQUE AL AMINE

## NOTE D'HONORAIRES

AD

Le : 02/10/2020 11:43

Références

241 / Payant

N° 20537

Entrée / Sortie : 02/10/2020 - 02/10/2020

Le Docteur CHARRI OTHMANE

présente à Mr ENNEHAS FOUAD

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
600,00 Dhs (SIX CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. Othman CHARRI  
Réanimation - Anesthésie  
Clinique AMINE  
Casablanca  
INPE : 091194258

Cachet et signature



مصحة الأمين

Clinique Al Amine

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Nom : Encher Prénom : Fouad Age : 21/10/2002

Date d'entrée : 02/10/2002 Chambre n° : Fr. ext e Rade

Diagnostic : Fr. ext e Rade

Indication opératoire :

Traitement pré-opératoire :

INTERVENTION

le : 02/10/2002

Opérateurs : Dr Bouayad

Anesthésiste : Dr elhari

Nature de l'anesthésie : Al/Bloc e Sovex

Compte-rendu de l'intervention :

Dr. D.  
place e Sovex  
Revue  
scopie  
endoscopie de  
contrôle  
facilité en  
regime

Durée de l'intervention :

Remarques :

DR. BOUAYAD JABBAR  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
Sd. Quatre-vingt-neuf  
App. N. 3 GH 1 Im. 1  
Casablanca - Tél: 0522 90 54 83

CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jajal &  
Abou Marouane Abdelmalek  
Tél: 0522 86 36 36  
Fax: 0522 86 05 30