

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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](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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 065080

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9115 Société : 53985

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAGHO SOAD

Date de naissance : 18/05/67

Adresse : 3, Rue Ibnou Hazem 3<sup>e</sup> Ghandi

Tél. : 0660657309 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAGHO SOAD Age : 53 ans

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

Nature de la maladie : Entorse du pied g.b.

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]*



# 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
16/11/20	K2		1600	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16-11-20	6.980

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

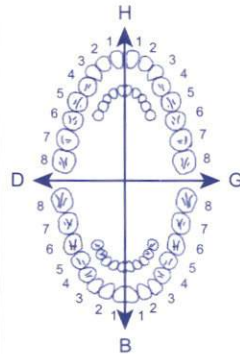
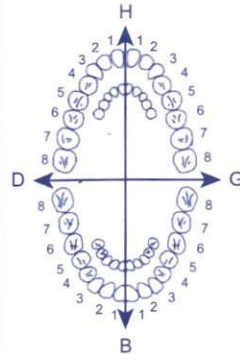
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 16/11/2020

Facture N° 173

Nom et Prenom	Mme ; Bagho Souad
Medecin Traitant	Pr Lamine
Date :	16/11/2020

L I B E L L E	QTE	Prix Unitaire	Montant
Pr Lamine	K20	600,00	600,00
Immobilisation orthopedique attelle platree	K20	700,00	700,00
Radio de l'avant pied gche F+P	Z	300,00	300,00
			1 600,00

Arreter la presente facture a la somme de :  
Mille six cent dhs,

CLINIQUE AL AMINE  
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



مصحة الأمين  
Clinique Al Amine

Casablanca le 16/11/20

Bagh Smed

Cadot 4

22.00

7 4/31

Dasen 4

7 4/31

1430 3500 4/31

7 4/31 11/11 11/11



CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss 1er)  
CASA BLANCA  
Tel: 05 22 86 36 36 - Fax: 05 22 86 05 30 - E-mail: clinique\_alamine@hotmail.fr  
Professeur A. LAMINE  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie  
Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2  
Moulay Rachid 2 - Casablanca  
Tel.: 05 22 37 19 17

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





مصحة الأمين  
Clinique Al Amine

Casablanca le 26/2/2020

Bogho Saoud

Diagnostic et Traitement de l'Arthrose.

Traitement et Soins préventifs

CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek  
e. Lyoumène  
Chirurgie Orthopédique  
Chirurgie Traumatologique  
Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2  
Moulay Rachid 2 - Casablanca  
Tel. : 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique\_alamine@hotmail.fr



مصحة الأمين  
Clinique Al Amine

Casablanca le 26/11/2020

Begha Smad

Radiographie de l'avant pied Gauche

( Fac + 3/4 ) = pas de lésion

08mm 11.8%

CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 36 36  
Professeur A. LAMINE  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie  
Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2  
Moulay Rachid 2 - Casablanca  
Tél. : 05 22 87 19 17



