

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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-823260

RAM

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres	<input checked="" type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 7817 <input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) Nom & Prénom : LABNINE ABDELHALIM Date de naissance : 04/03/1968 Adresse : Tél. : 0661167069 Total des frais engagés : Dhs
Prof. M.A. BENHIMA <i>Professeur de l'Enseignement Supérieur</i> <i>Traumatologie - Orthopédie</i> INPE : 091036939 38 Lot. Jawhara 2 Targa - Marrakech CLINIQUE GRAND ATLAS	
Date de consultation : 24/11/2023 Nom et prénom du malade : AIT RAI MARYA Age: Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : 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. MUPRAS 15 DEC. 2023 MARRAKECH R ACCUEIL 21 NOV. 2023	
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 : MARRAKECH Signature de l'adhérent(e) : <i>[Signature]</i>	

VOLET ADHERENT Déclaration de maladie N° W21-823260	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :	

RELEVE 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
24.11.15	Noirs faciles		387,70	INP - STIRART Sénégal 00105629 Marrakech ATLAS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.11.23	32,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

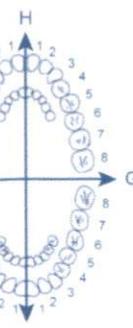
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

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			
	H 	21433552 00000000 00000000 11433553	G 	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) 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				

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le : 26.11.2023

MARYA AIT RA'

37.00 x 2

- Dulastan SV

120 i

10.60 x 2

- Dulastan SV

150 i

144.30 +

82.00

321.50

Noxibac SV

105 i

144.30 +

82.00

321.50

Noxibac SV

105 i

Add: 38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech • Tel: 05 24 39 39 00
Email: clinique.grandatlas@gmail.com • Fax: 05 24 39 70 60

Douleurs et fièvre

Adulte

LOT : 3179
PER : 03 - 26
P.P.V : 10 DH 60

PHARMA5

دولاستان® 500 mg / 2 mg
دوهستان 500 ملجم / 2 ملجم

Boîte de 20 comprimés

37,00

دولاستان® 500 mg / 2 mg
دوهستان 500 ملجم / 2 ملجم

Boîte de 20 comprimés

37,00

LOT/EXP.:

GY6781
12/2027
P.P.V: 37DH70

VOXCIB® 200 mg
10 gélules

6 118 000 1

مبلغ

LOT : 20117
PER : 06/25
PPV : 82,00 DH

بيب 200

مبلغ 200

LOT : 20115
PER : 06/25
PPV : 144,30 DH

20 كبسولات

عن طريق الفم

ETLVOX03V02

اتبع نصائح الطبيب والصيدلي
Suivez les conseils du médecin et du pharmacien
Liste I

اتبع نصائح الطبيب والصيدلي

ETLVOX02 V02

اتبع نصائح الطبيب والصيدلي
Suivez les conseils du médecin et du pharmacien

I

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le :

٢٤.١١.٢٠٢٣

MARYA AIT RAI

1) Acetaminophen

٦٥٠ ملجم في المرة



ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : AIT RAI MARYA	N° Facture	22 153	E2312062
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
DEPOMEDROL 80 mg Aple (01)	1	37,70	37,70
Total pharmacie			37,70

A handwritten signature is written over a blue circular stamp. The stamp contains the text "PHARMACIE DE LA CITE DES SCIENCES ET DE L'INDUSTRIE PARIS 19" around the perimeter and "PARIS 19" in the center.

Le : 24/11/2023

Références 22 153 / 231201052333010509
PAYANT

Entrée / Sortie : 24/11/2023 - 24/11/2023

Le Pr. BENHIMA MED AMINE

présente à Mme AIT RAI MARYA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

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

Chèque

Pr. BENHIMA
Professeur de l'Ecole Internationale Supérieur
de Traumatologie et Orthopédie
38 Lot Javhia 2 Marrakech - Marrakech
CLINIQUE GRAND ATLAS

Cachet et signature

CLINIQUE GRAND ATLAS

38 LOT JAWHAR 2 TARGA MARRAKECH

F A C T U R E

N° **22 153** / 2023 du **24/11/2023**

Nom patient	AIT RAI MARYA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	24/11/2023	24/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
PHARMACIE	1,00		37,70	37,70
			Sous-Total	37,70
Total Frais Clinique				87,70
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. BENHIMA MED AMINE (traumato-orthope)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENT QUATRE-VINGT-SEPT DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES	Total général	387,70

		Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements		387,70		387,70	0,00