

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



Déclaration de Maladie

N° W21-823260

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **7817** Société : **RAM**

Matricule : **7817** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **186856**

Nom & Prénom : **LABNINE ABDELHALIM**

Date de naissance : **04/03/1968**

Adresse :

Tél. : **0661167069** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

PROF. M.A. BENHIMA
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Traumatologie - Orthopédie
INPE : 091036939
38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech
CLINIQUE GRAND ATLAS

Cachet du médecin :

Date de consultation : **24/11/2023**

Nom et prénom du malade : **AIT RAI MARYA** Age :

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

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** le **24/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **LABNINE ABDELHALIM**

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 :

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
24.11.25	Voir facture		387,70	 
				 

[illegible][illegible][illegible]

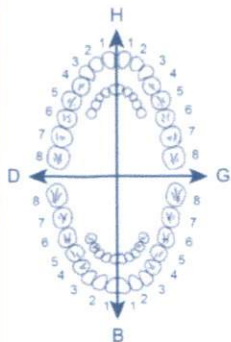
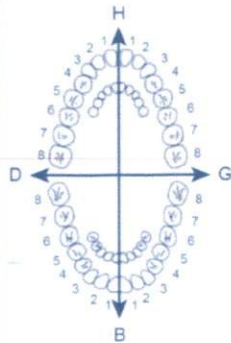
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الأطلس الكبير Clinique Grand Atlas



وصفة Ordonnance

Marrakech, le : 26.11.2023

MARYA AIT RAJ

37.00 x 2

- Dulastan (SV)

0-0-20j 120j

10.60 x 2

- Dolastan (SV)

(bottle)

1-1

- 0.1/0.1

146.30 + 82.00

- Voxub (SV)

321.50

1-0.1/0.1

- 0.1/0.1

Douleurs et fièvre

Adulte

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

PHARMAS

DULASTAN® 500 mg / 2 mg دولاستان
Boîte de 20 comprimés

37,00

DULASTAN® 500 mg / 2 mg دولاستان
Boîte de 20 comprimés

37,00

LOT/EXP.:

BY6781
12/2027
P.P.V:37DH70

VOXCIB® 200
10 gélule



6 118000 1

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

ETL VOX02 V02

إتبع نصائح الطبيب و الصيدلي
conseils du médecin et du pharmacien

ETLVOX03V02

إتبع نصائح الطبيب و الصيدلي
Suivez les conseils du médecin et du pharmacien
Liste I

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

بيبي
200 ملغم

20 كبسولات

عن طريق الفم

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le :

24.11.2023

MARYA AIT RAH

Dyspareunol

7 jts en TM1



Add : 38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech • Tel: 05 24 39 39 00

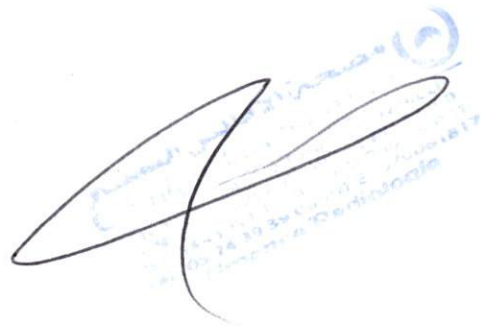
Email: clinique.grandatlas@gmail.com • Fax: 05 24 39 70 60

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 in black ink is written over a blue circular stamp. The stamp contains text in Arabic, including 'مستشفى' (Hospital) and 'صيدلية' (Pharmacy), and a date '2017-11-17'.

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

Prof. M. A. BENHIMA
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Traumatologie - Orthopédie
N°PE : 09.025.959
38 Lot - Sannar 2 - 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 24/11/2023	Sortie 24/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

	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

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

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