

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

N° W19-442227

ND: 36197

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 30895 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAROUFI AL'

Date de naissance : 06/11/65

Adresse : Résidence AL MANSOUR, Zone 1er étage

ACDAL 40000 - MARAKKECH

Tél. : 0661159867 Total des frais engagés : 1754,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OTAHIAOUIH Dout Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Refroidissement

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 : 01/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/08/2020

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
ATLAS D'OPTICIENS DPLMERS N° Assurance : 1091 N° Assurance : 095007548 Identifiant : 0351914 - TVA : 0114201 C. 2311 - 0351914 - IF : 100069 Pte. 03570481 - ICE : 001515084000987	30/07/2020					1440,00	

RELEVE 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 (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for indicating the nature of the treatment)	Coefficient (Rows for entering the coefficient)	INP : <input type="text"/> / <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"/>																								
												COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
														MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
																DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
																		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
																				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 														
																				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
																				H	G													
																				25533412 00000000	21433552 00000000													
																				D	G													
																				00000000 35533411	00000000 11433553													
B																																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																		



مصحة المطار
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
- مركز طبي و جراحي • مركز الألم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المساكن البولية و تقوية المحيي
- مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

15 juillet 2020

Mme OUTAHMOUCHT Mona

LARMABAK: COLLYRE



1 goutte 3 fois/jour , dans les deux yeux



394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

Krys Marrakech
CC Almazar
avenue du 7ème Art
Agdal - Marrakech
Tél : 05 24 44 33 66
Fax : 05 24 44 33 30
www.krys.com

Marrakech le : 30/07/2020

FACTURE : F20/5670

OUTAHMOUCHT MONA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
2 VERRES ORGANIQUES ANTI LUMIERE BLEUE	
OD : (-1,50 à 5)	700,00
OG : (-0,50 à 170)	700,00

ATLAS OPTIQUE
OPTICIENS TITULOMES
N° Autorisation : 409
Identifiant : 00000000000000000000000000000000
RC: 72311 - CIN: 00000000000000000000000000000000
Pte : 33701681 - TVA: 814261
IQE : 00000000000000000000000000000000

Dont TVA (20%)

233,33

TOTAL

1 400,00

15 juillet 2020

Mme OUTAHMOUCHT Mona

Monture + verres correcteurs

OD = (- 1.50 à 5°)

OG = (- 0.50 à 170°)

ATLAS OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation 1091
Identifiant IFPSE 095007548
RC: 72311 - CNSS: 5351914 - TV: 10
Pie : 35701881 - IF: 10
ICE : 001515084000051

Ibtissam
Clinique l'Aéroport
Ophtalmologie



REÇU⁽¹⁾

43167

M / M^{me}

La somme de

en règlement des frais de son hospitalisation

du 15/07/22 au

Signature et cachet

(1) Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.