

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-517016

38624

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 1602

Société RAM MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom GHAZI MOHAMED

Date de naissance 01/01/1943

Adresse HAYEL Koudia - N° 77 Boulevard MARRAKECH

Tél. 06 10 51 19 17 Total des frais engagés : 734,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation 31/08/2020

Nom et prénom du malade GHAZI Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : RTU (sténose de l'aorte)

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

Signature de l'adhérent(e) :

GHAZI

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - 1^{er} étage 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
31/08/2020	voir facture		579,90	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2020	154,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

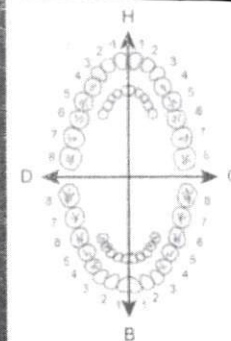
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

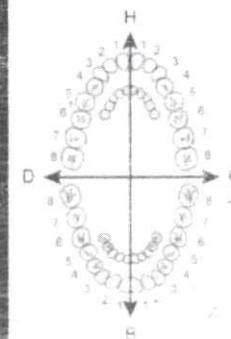
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 الأطلس الكبير Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة
Marrakech, le : 31. 08. 20

Mr GHARBI MOHAMMED

1. METOPROLOL 500 mg

92,50

1mg x 24

S. V.

2. METOPROLOL 50 mg

32,40

1mg x 31

S. V.

3. METOPROLOL 20 mg

30,50

S. V.

RW 2 mg

LOT 191739
EXP 07/2022
PPV 30.00DH

LOT : 1339
U.T. AV : 05-23
P.P.V : 32 DH 40

LOT: 201822 EXP: 12/22 PPV: 92DH50

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le :

31.08.20

M^r GHAZI BAHAMANI

Coupler Ruche

Mix en place d'une seule
colonne n° 18 sur armoire
le code pour skene de l'installer.
à changer tous les 2 ans.

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas

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

أ.د. باهماني
Dr. BAHAMANI
Marrakech
Tél : 05 24 39 39 00
Fax : 05 24 39 70 60
Email : clinique.grandatlas@gmail.com

CLINIQUE GRAND ATLAS

F A C T U R E

N° 12 193 / 2020 du 31/08/2020

Nom patient	GHASI MOHAMED	Entrée 31/08/2020	Sortie 31/08/2020
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		129,90	129,90
			Sous-Total	129,90
Total Frais Clinique				179,90
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. DAHAMI (urologue)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total prestations externes				400,00

Total général 579,90

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENT SOIXANTE-DIX-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

Encaissements	Espèces				Total encaissé		Solde
	579,90				579,90		0,00

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

31/08/2020

17:45

Nom Patient : **GHAZI MOHAMED**Numéro dossier : **E2005958**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
31/08/2020	SERINGUE 10ML* (100)	90877	2,00	3,30	6,60
31/08/2020	KIT COMPRESSE (005)	90877	1,00	20,00	20,00
31/08/2020	GANT D EXAMENS (100)	90877	6,00	1,80	10,80
31/08/2020	BETADINE BL 125/10 doses (01)	90877	1,00	2,50	2,50
31/08/2020	SONDE FOLEY SILICONE CH 18 (001)	90878	1,00	90,00	90,00
Total pharmacie					129,90

(Signature)

(Stamp: Clinique Grand Atlas, 31/08/2020, 17:45)

CLINIQUE GRAND ATLAS**NOTE D'HONORAIRES****Le : 31/08/2020**Références 12 193 / 200831173905074003
PAYANT

Entrée / Sortie : 31/08/2020 - 31/08/2020

Le Pr. DAHAMIprésente à **Mr GHAZI MOHAMED**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

*Cachet et signature*