

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.

Médecine 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.

Éducation :

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° P19-

065811

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165

Société : Royal air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Houssini HILAL Mohammed Amine

Date de naissance : 06 - 08 - 1963

Adresse : Bd lot JAMAL TARGA

MARRAKECH

Tél. : 06 61 19 80 32

Total des frais engagés : 473,63 Dhs

+ 500,00 AMBULANCE

973,63

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DR. HILAL MOHAMMED AMINE

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 : 02/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/01/21	VISITE FETE		473,63	  Dr. Azzam Gymnase Takech AS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

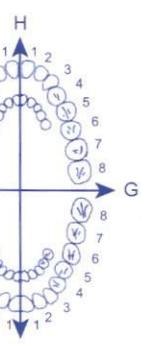
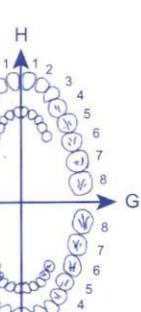
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I N	
de 7/10/21	#100,00	#				

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000	B 35533411	G 00000000		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE GRAND ATLAS

F A C T U R E

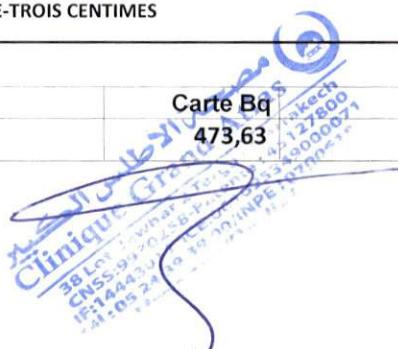
N° **15 943** / 2021 du **07/10/2021**

Nom patient	KOUHEN MOUNIA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	07/10/2021	07/10/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1,00		100,00	100,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
		Sous-Total		200,00
PHARMACIE	1,00		123,63	123,63
		Sous-Total		123,63
Total Frais Clinique				323,63
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EJLAIDI AZIZ (anesthesie-reanimat)	1,00		150,00	150,00
		Sous-Total		150,00
Total prestations externes				150,00

	Total général	473,63
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENT SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS SOIXANTE-TROIS CENTIMES		473,63

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	473,63	473,63	0,00



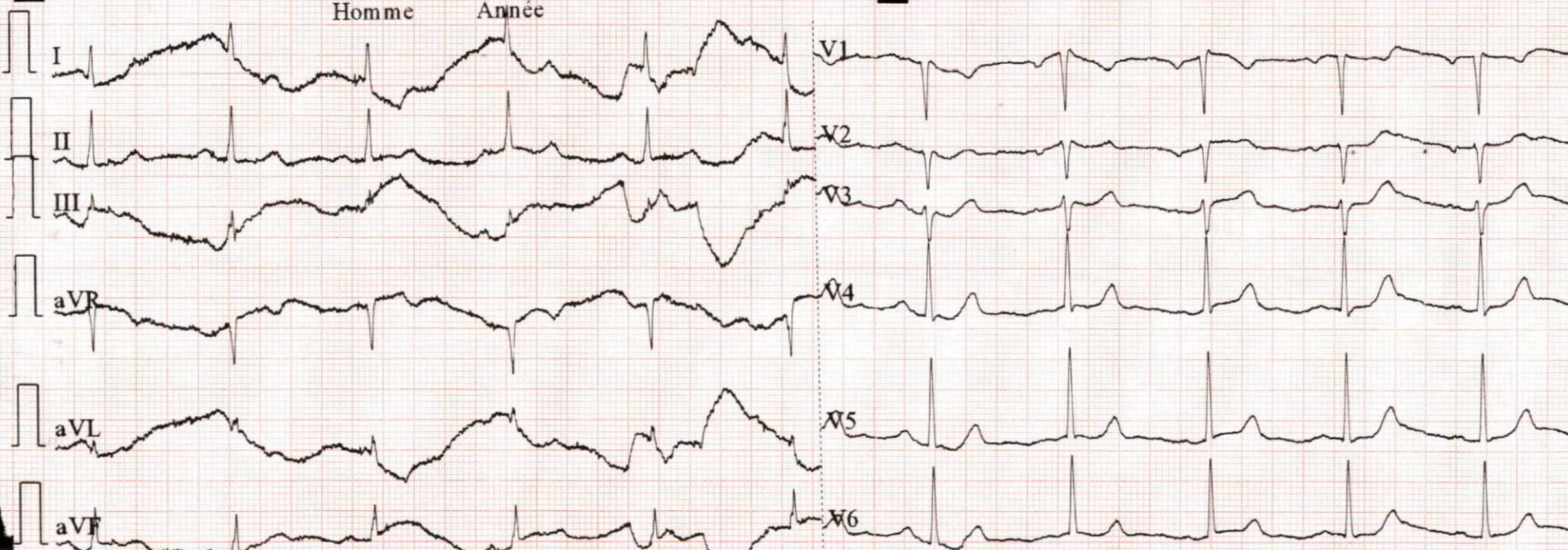
 Clinique Grand Atlas
 38 Lot JAWHAR 2 TARGA MARRAKECH
 CNSS 9930258 PATENTE 45127800 IF 14443011 ICE 001695349000071 TEL : 0524393900

I 6516

07-10-2021 17:35:07

Homme

Année



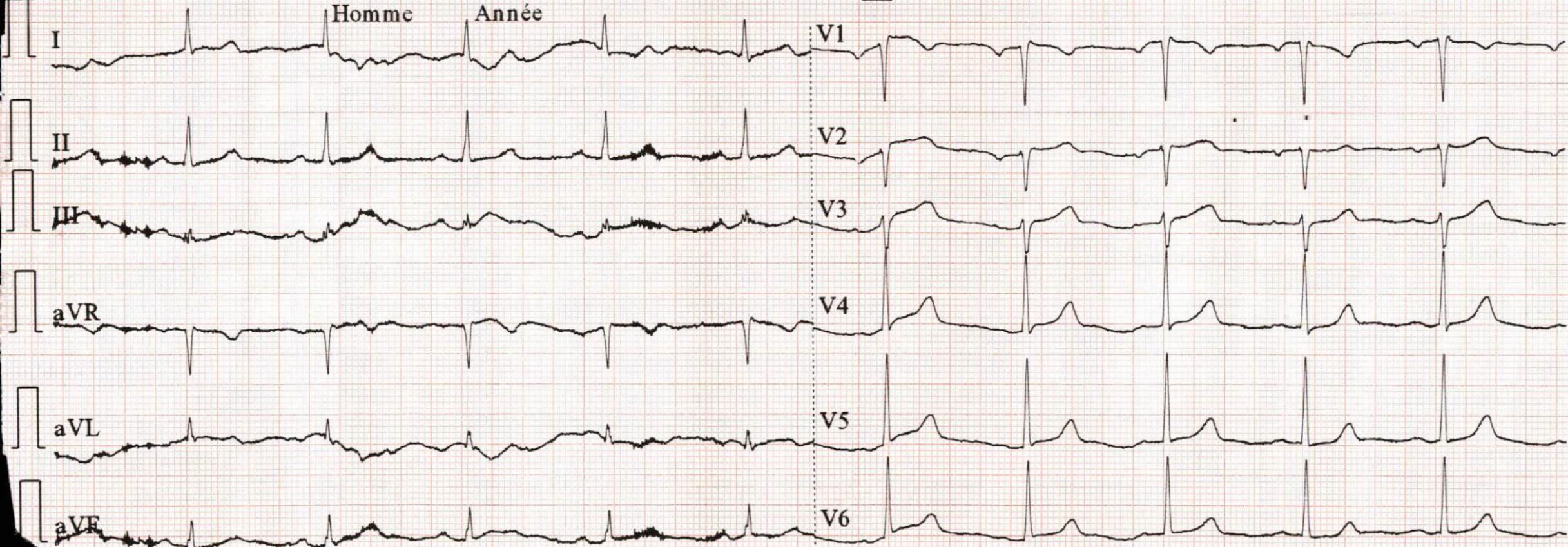
0.67~150Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5.0s SE-601 1.12

SEMIP V1.90

6516

07-10-2021 17:36:26

Homme Année



0.67~150Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5.0s SE-601 1.12

SEMIP V1.90

Marrakech, le 07/10/2021

FACTURE N :F0137

DOIT: Mme EL KOUHEN Mounia

Objet: services ambulance

Date : 07/10/2021

Désignation	Quantité	Prix HT	Prix Total HT
TRANSFERT PAR AMBULANCE DE CLINIQUE GRAND ATLAS VERS CILINIQUE INTERNATIONAL	1	430,00	430,00
		T H	430,00
		Tva 14%	70,00
		Total TTC	500,00

ARRETE LE PRESANT FACTURE A LA SOMME DE: CINQ CENT DH

