

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-771388

148 228

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8970 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FILALI EL MUSAPOA

Date de naissance : 09/11/1971

Adresse : N° 36 LOT EL KHEIR TARGA

Tél. : 0664464644 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2022

Nom et prénom du malade : EL FILALI EL MUSAPOA

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

Nature de la maladie : Traumatisme - Douleur articulaire

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/11/2022

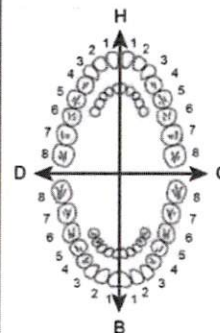
Autorisation CNBP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

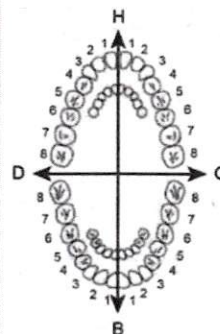
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. JIDDI Karim Médecin Radiologue Clinique Grand Atlas INPE : 771292114	12/11/21	R1 Main G.L	300

[illegible]

*** 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
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom et prénom : EL FILALI EL MUSTAPHA

RX DE LA MAIN DROITE CENTREE SUR LE 5^{EME} DOIGT F/P

Résultat :

- Discret trait de fracture non déplacée de la face dorsale de la phalange distale.
- Légère tuméfaction des parties molles en regard
- Absence d'anomalie des articulations inter phalangiennes.

CGA

Dr. HIDI KARIMA
Médecin Radiologue
Clinique Grand Atlas
IMPE : 07/292714

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le : 12 / 11 / 22

M El Filali El Mustapha :

R X main droite
(5^e doigt)

CGA / R

DR: JIDDI K
Medecin Radi
clinique Grand
INPE : 071292114

(Stamps and signatures)
Clinique Grand Atlas
Marrakech
Tél: 05 24 39 39 00
Fax: 05 24 39 70 60
38 Lot Jawhar 2 Targa
INPE: 071292114
Professeur de Traumatologie - Chirurgie du Sport
Chirurgie AMITAF
Résidence
Gue 2
Marrakech
NP: 071284322

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

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

CLINIQUE GRAND ATLAS

38 LOT JAWHAR 2 TARGA MARRAKECH

F A C T U R E

N° 20 363 / 2022 du 12/11/2022

Nom patient	EL FILALI EL MUSTAPHA	Entrée 12/11/2022	Sortie 12/11/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIO MAIN FACE + PROFIL	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION URG JOUR	1,00	CS	450,00	450,00
			Sous-Total	750,00
Total				750,00

	Total général 750,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS	

Encaissements					Total encaissé	Solde 750,00
---------------	--	--	--	--	----------------	-----------------



Marrakech le 12/11/2022

Déclaration sur l'honneur

Je déclare sur mon honneur être victime
d'une fracture au doigt à l'intérieur
de mon magasin N°36 Lot EL KHAÏR
TARGA MARRAKECH le 12/11/2022.

Signé

EL FILALI

EL MUSTAPHA

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes, enclosed within a large, hand-drawn oval.