

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

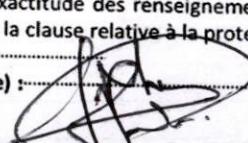
Déclaration de Maladie

N° W21-771388

148228

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8470	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL FLALI ELMANSOURA			
Date de naissance : 01/01/1971			
Adresse : N° 26 LOT EL KIKER TARGA			
Tél. 0664461694 Total des frais engagés : 750 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2021	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
	
Date de consultation :	12/01/2022
Nom et prénom du malade :	EL FLALI
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Traumatisme 5 - Delt' Anatif
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 : 11/01/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12.11.12	✓ CS		450,-	INP : <input type="text"/>
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

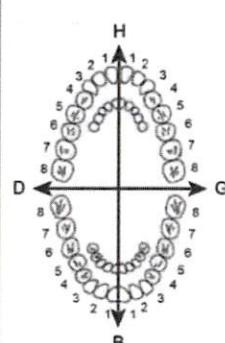
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. JIDDI KATHI Médecin Radiologue Clinique Grand Atlas INPE : 271292114	12.1.2021	R.1 Mains f.1.2	300,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

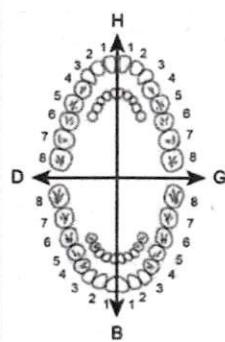


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

**DATE DE
L'EXECUTION**

Marrakech le 12/11/2022

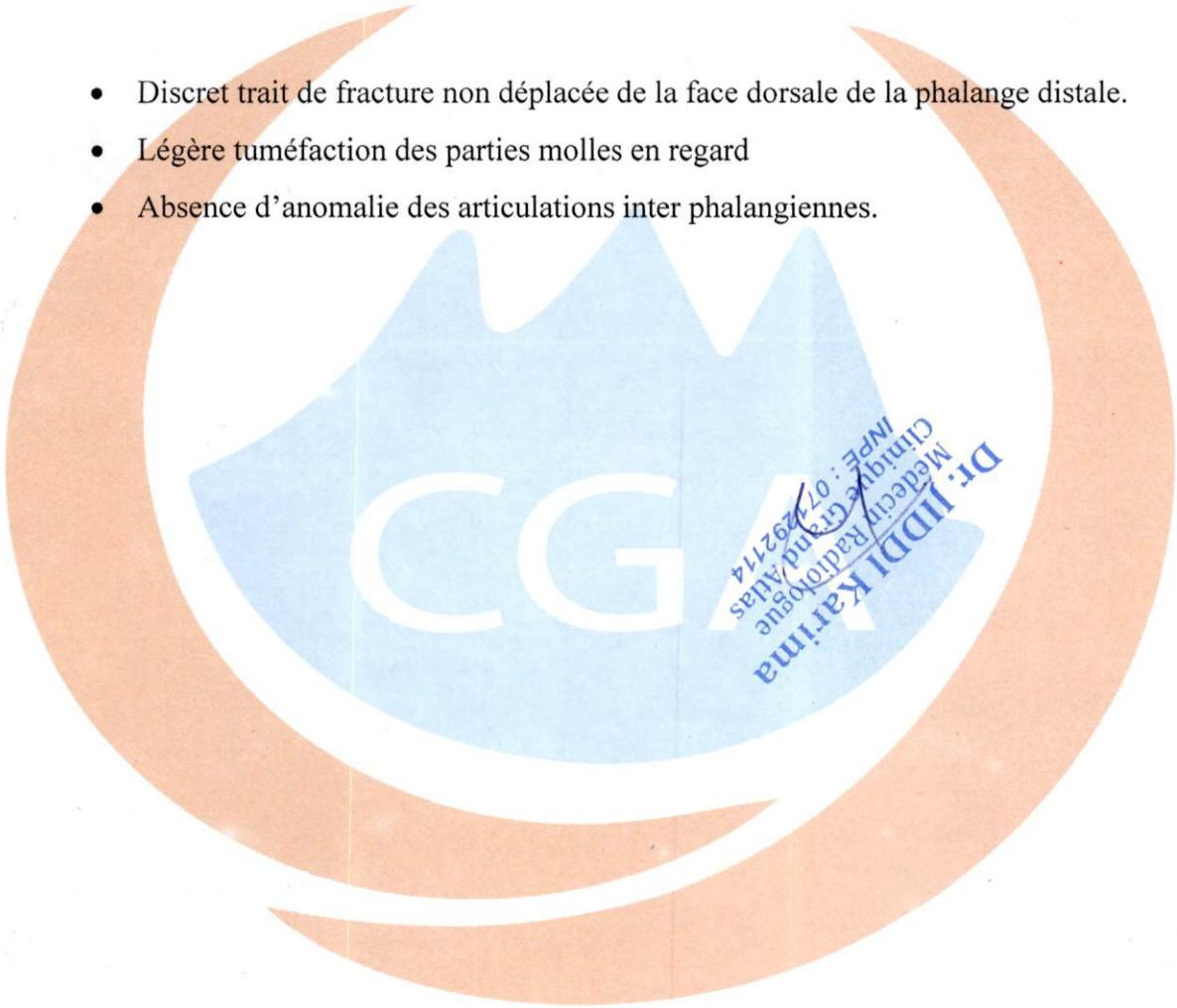


Nom et prénom : EL FILALI EL MUSTAPHA

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.



مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le : ١٢ / ١١ / ٢٢

Mr El Filali El Mustapha :

RX main droite
(5x7 cm)

CGA IP.

Dr.
JIDDI K
Medecin Radi
Clinique Radi
MRE : 071292114



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 EN° **20 363** / 2022 du **12/11/2022**

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

	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

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						750,00



Marrakech le 12/11/2022

Déclaration sur l'homme

Je déclare sur mon honneur être victime

d'une fracture au doigt à l'intérieur

de mon bracelet n°36 Lot EL KHAIR

TARJUA MARRAKECH le 12/11/2022

Signé

EL FILALI

EL MUSIAPIMA

