

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - 5ème 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



DECLARATION DE MALADIE

N° W21-801177

Or

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 1392	Cadre réservé à l'adhérent(e) :	Société : R. A. M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAGASSE Mohamed N° : 1392			
Date de naissance : 25 - 11 - 52			
Adresse : Marrakech - Résid. Terra - N° 20 - Marrakech - Gueliz			
Tél. : 06 00 77 06 53		Total des frais engagés :	1300,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 14/06/2020		
Nom et prénom du malade : Bloum Lea Kefida Ep : Bafana		
Age : 62		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Refraction		
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 : Mouloudia Le : **10/09/2020**
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-801177
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
14/06 2023	18.		300,00	INP : 12M92926. 

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Numéro et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12.07.23	oct	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

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'QDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-top: none;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-top: none;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-top: none;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-top: none;">35533411 11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H		D	25533412 21433552		00000000 00000000	G	00000000 00000000		35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H															
D	25533412 21433552														
	00000000 00000000														
G	00000000 00000000														
	35533411 11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE RECETTEUR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- 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
- Centre de neurologie et neurochirurgie
- المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
- مركز طبي و جراحي • مركز الألم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و نفسيت الحصى
- مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل • جراحة الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري

14 juin 2023

Mme BIHMOUTEN HAFIDA

OCT maculaire

*Clinique l'Aéroport
Ophtalmologie*

Vendredi 23.06.23 =

12500

TOPCON Radial Report**ID: BH0723****Name: BIHMOUTEN HAFIDA****OS(L)**Image Quality: **96** Analysis mode: Fine (2.0.7)

Capture Date: 2023/07/12

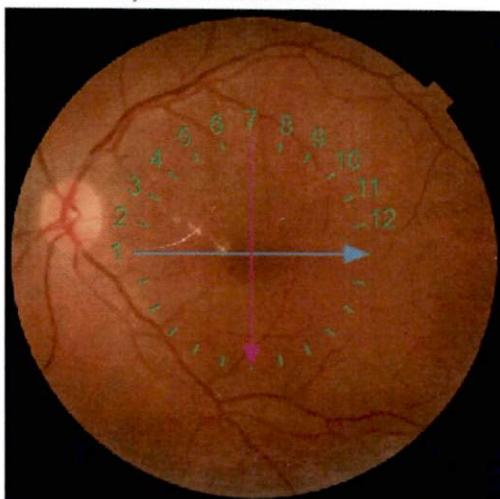
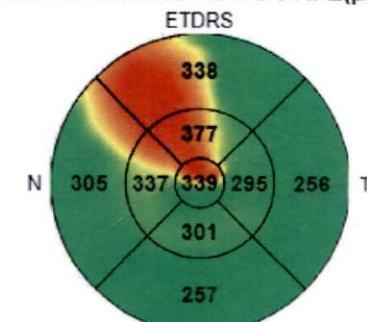
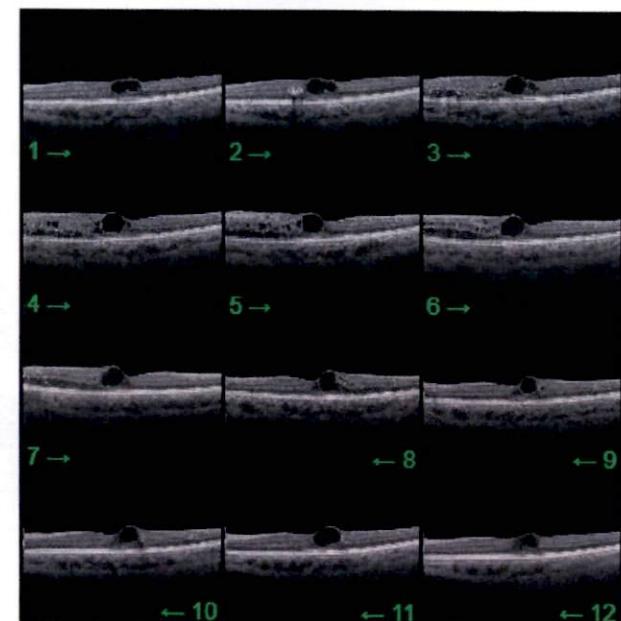
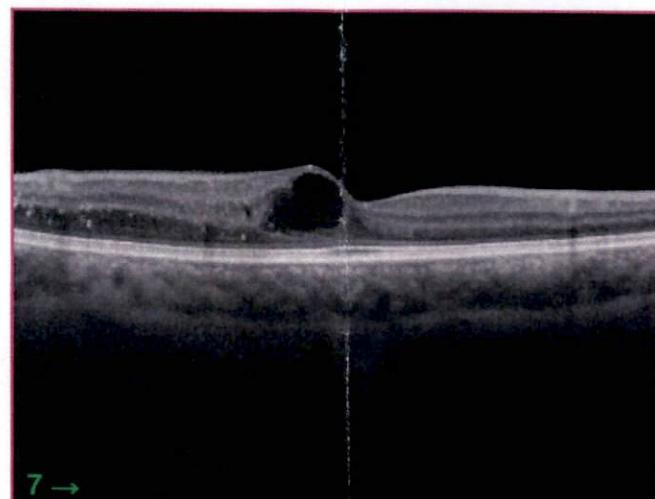
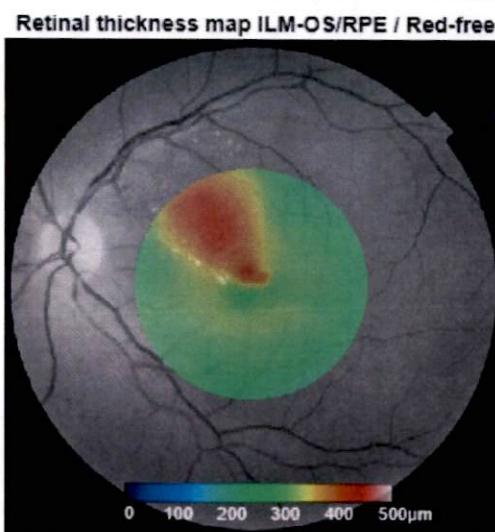
Ethnicity:

Gender:

DOB: 1962/02/18 Age: 61

CLINIQUE L'AEROPORT MARRAKECH
MARRAKECH

Triton

**Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)**Average Thickness (μm) **298.9**

Comments:

Signature:

Date:

CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
 Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
 Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

F A C T U R E

N° **13 208** / 2023 du **14/06/2023**

Nom patient	BIHMOUTEN HAFIDA	Entrée 14/06/2023	Sortie 14/06/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Frais Clinique				100.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. HAJJI IBTISSAM (opht)	1.00	CS	200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
Total prestations externes				200.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total général	300.00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300.00	300.00	0.00

Clinique l'Aéroport
 Ophthal'mologie

CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
 Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
 Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

F A C T U R E

N° **15 613** / 2023 du **12/07/2023**

Nom patient	BIHMOUTEN HAFIDA	Entrée 12/07/2023	Sortie 12/07/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
OCT	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total Frais Clinique				500.00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. HAJJI IBTISSAM (opht)	1.00	CS	500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total prestations externes				500.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS	Total général 1 000.00

Encaissements			Carte Bq	Total encaissé	Solde
			1 000.00	1 000.00	0.00

Clinique l'Aéroport
 Ophtalmologie

CLINIQUE L'AEROPORT**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 12/07/2023

Références 15 613 / 230712121439000324
PAYANT
Entrée / Sortie : 12/07/2023 - 12/07/2023

Le Dr. HAJJI IBTISSAM

présente à Mme BIHMOUTEN HAFIDA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500.00 Dhs (CINQ CENTS DIRHAMS)

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

Espèces

Cachet et signature

Pr. HAJJI Ibtissam
Service d'Ophtalmologie
Hôpital Aissa - CHU Marrakech