

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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° M21- 067328

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0165 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Houssini Hicham : Aminé

Date de naissance : 06 - 08 - 1963

Adresse : 80 lot Jawhar TARGA MARRAKECH

Tél. : 0661198032 Total des frais engagés : 562.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 / 11 / 2021

Nom et prénom du malade : Aminé El Houssini Hicham Age :

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

Nature de la maladie : crise d'asthme

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) : [Signature]

RELEVÉ 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
12/11/24	Visite		562,24	

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

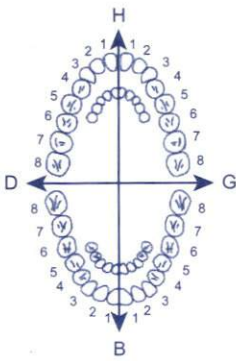
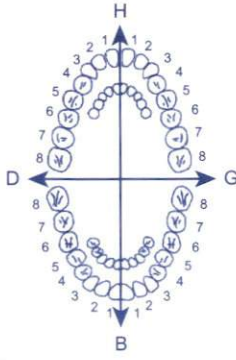
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 : 12/11/2021

Conf. De Dr.

Dr EL Hassini Hilal Mohamed
Amine, âgé de 58 ans,
admis ce jour aux urgences
pour prise d'antidépresseur, il est
d'antécédents syndrôme
bien évolué.

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas

38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech
CNSS: 99302584 - Tél: 05 24 39 70 60
IF: 14443011 - ICE: 00169 - 34900007
INPE: 0700000000

Dr. EJLAIDI ATIZ
Anesthésiste - Réanimateur
INPE: 071210165
38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech
CLINIQUE GRAND ATLAS

CLINIQUE GRAND ATLAS

F A C T U R E

N° 18 078 / 2021 du 12/11/2021

Nom patient	EL HOSSINI HILAL MOHAMED AMINE	Entrée 12/11/2021	Sortie 12/11/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
NEBULISATION	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	200,00
PHARMACIE	1,00		112,24	112,24
			Sous-Total	112,24
Total Frais Clinique				312,24
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EJLAIDI (BH) (anesth - réanima)	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total prestations externes				250,00

	Total général	562,24
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT SOIXANTE-DEUX DIRHAMS VINGT-QUATRE CENTIMES		562,24

Encaissements		Carte Bq 562,24	Total encaissé 562,24	Solde 0,00
---------------	--	--------------------	--------------------------	---------------

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

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : EL HOUSSINI HILAL MOHAMED N° Facture 18 078	E2109059
---	----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ATROVENT* ENFANT 0,25mg/2m Dosette (10)	1	5,04	5,04
MASQUE NEBULISEUR ADULT (001)	1	43,20	43,20
OXYGENE 3L/MIN doses (01)	2	30,00	60,00
SERINGUE 5ML* (100)	1	1,10	1,10
VENTOLINE GTTE 1/10 (001)	1	2,90	2,90
Total pharmacie			112,24



Le : 12/11/2021

Références 18 078 / PAYANT

Entrée / Sortie : 12/11/2021 - 12/11/2021

Le Dr. EJLAIDI (BH)

présente à Mr EL HOSSINI HILAL MOHAMED AMINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
250,00 Dhs DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

Dr. EJLAIDI Aziz
Anesthésiste - Réanimateur
Tél : 0712 30 105
33 Bd. Mohammed VI - Marrakech
CLINIQUE GRAND ATLAS

Cachet et signature