

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

- 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° W19-540079

en cours

31165

C

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 5639

Société :

MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BAÏTOU Abdellah

Nom & Prénom :

08/03/1958

Date de naissance :

Adresse : 16447 n° 189 N'HAMIS Hamaleet

Ghail - batte abdelah 7 9 Ghail - Com

Tél. : 0661258374

Total des frais engagés : 1180,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 mon 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/06/2020

ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-540079

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 :

5639, BAÏTOU

Nom de l'adhérent(e) :

BAÏTOU

Total des frais engagés :

1180,00

Date de dépôt :

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
15/06/2023			GSI	INP : 
16/06/2023	Voirie, Facture		782	 

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
SO	16/06/80		430.00.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires-	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

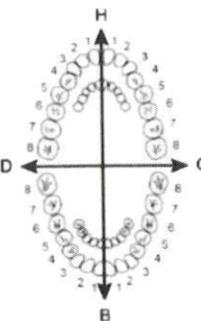
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LABORATOIRE TARGA

215/3 Lotissement Lalla Haya Route de Targa 50000 MARRAKEC

Tél.: 0524495070 - Fax: 0524491070

Email: labotarga

**CE REÇU EST À APPORTER LORS DU RETRAIT DES RESULTATS
APRÈS RÉGLEMENT TOTAL DES ANALYSES**

Code Patient : 16793



Dossier : **1606 048** DU 16/06/20 12h56

Patient : Mr BAITOU ABDELAZIZ

Arr.par : CLINIQUE GRAND ATLAS Prescr. : Dr. EL MALEH SOUFIANE

Analyses: NFS TP TCA HBAC CREA CRP

Prélèvement Transmis au Laboratoire

1 er Retrait: 16/06/20

2 ème Retrait : 17/06/20

Prix total : 430,00 Dhs - PAYE : 0,00 Dhs - RESTE A REGLER : 430,00 Dirhams

مصحة الأطلس الكبير Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le :

15/06/2020

P. Batou Abdelaziz

- * NFS-Pg
- * CRP
- * Hb ANC
- * TP - TCK
- * Creat

Docteur Soufiane EL MALEK
Médecine d'Urgence
Médecine Générale
INPE, 071180566 / Tel : 06 94 96 20 0

$$\begin{array}{r} 750 \\ + 35 \\ \hline 780 \end{array}$$

GMAIL :

Boutabdelejij7@gmail.com

Le : 16/06/2020

Références

7 941 / 200616132611102024
PAYANT

Entrée / Sortie : 16/06/2020 - 16/06/2020

Le Pr. ESSADKI (K)

présente à Mr BAITOU ABDELAZIZ

'sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200,00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

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



Cachet et signature

LABORATOIRE TARGA D'ANALYSES MÉDICALES

IF:20758468

PATENTE:67395002

ICE: 001909979000035

INPE: 073062176



FACTURE : 12907

MARRAKECH le :16/06/2020

Nom et Prénom ... : ABDELAZIZ BAITOU
Prescripteur : Dr. EL MALEH SOUFIANE

Bilan :

NFS B80+ TP B40+ TCA B40+ HBAC B80+ CREA B30+
CRP B100+

Total des B : **370**
Montant Net : **430,00 Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Quatre cent trente Dh

Dr EL MESSAOUDI Dalila

CLINIQUE GRAND ATLAS

F A C T U R E

N° **7 941** / 2020 du **16/06/2020**

Nom patient	BAITOU ABDELAZIZ	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	16/06/2020	16/06/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
ECHO PARTIE MOLLE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	550,00
Total Frais Clinique				550,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
PR. ESSADKI (K) (traumatologue)	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

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

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	750,00			750,00	0,00