

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

N° W19-442229

ND:36168

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>30295</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BAROUDI Ali</u>			
Date de naissance : <u>06/11/65</u>			
Adresse : <u>Résidence AL QANTARA, Zone touristique</u>			
Abdal 40000 DARRAKECH			
Tél. : <u>066115 9869</u>		Total des frais engagés : <u>5300,00</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <u>07 AOUT 2020</u>	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 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 : RAM Le : 01/10/2020
 Signature de l'adhérent(e) : AB

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
15.04.20	C.S.		3000.00	INP : 01006111 PI HANNOVER Spital Arnsberg

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

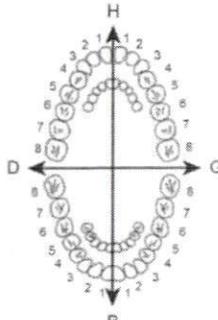
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ATLAS ONE OPTIQUE AUTOMATIQUE Identifiant: 1914-100081 C: 72311 - CN: 1914-100081 Pte: 001515084000001 ICE: 001515084000001	11/08/20					5000,00

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'ODF.

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"/>										
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
H <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>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G					25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



مصحة المطار
CLINIQUE L'AEROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophthalmologie 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
- المستجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرايين • 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 تقويم الحصى
- مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

15 juillet 2020

Mr. BAROUDI ALI

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = + 1.00
 OG = + 1.00

VP : ODG = Add : + 2.50

ATLAS OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation 1091
Identifiant INPE 095007548
RC: 72311 - CNSS : 2351914 - TVA: 814261
Pte.: 35701881 - IF : 1000696
ICE : 001515084000057

Pr. HAJJ Jibria
Service d'Ophtalmologie
Hôpital Arafat Chouaib
Marrakech
Clinique L'Aéroport

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC
Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophthalmologie : 05 24 36 86 01
Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08
Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroprt.com - www.cliniqueaeroprt.com

Kry Marrakech
CC Almazar
avenue du 7ème Art
Agdal - Marrakech
Tél : 05 24 44 33 66
Fax : 05 24 44 33 30
www.krys.com

Marrakech le : 01/08/2020

FACTURE : F20/5675

BAROUDI ALI

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 200,00
2 VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTILUMIERE BLEUE	
OD : +1,00	1 900,00
OG : +1,00	1 900,00
ADD : +2,50	
	Dont TVA (20%)
	833,33
TOTAL	5 000,00



REÇU⁽¹⁾

43168

M / M^{me}

La somme de

Burcendi Ali a payé
* 300 en DH
* 100 en DH

en règlement des frais de son hospitalisation

du 15/07/20 au

Signature et cachet

(1) Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.