

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.

Pathologie 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.

Prothèse :

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

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° P19- 0044093/3905

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03905 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANNOUNI Naima

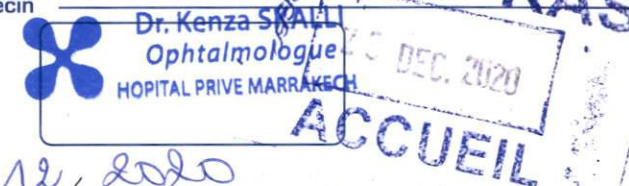
Date de naissance : 27/10/1952

Adresse : App't NR 134 ATLAS GOLF RESORT NAKIL
SUD MARRAKECH

Tél. : 06 13870841 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/12/2020

Nom et prénom du malade : ANNOUNI NAIMA Age: 69 ans

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

Nature de la maladie : Réfractif

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044093

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 :

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
17/12/20	CS		360,00	Dr. Kenza SKALALI Ophtalmologue HOPITAL PRIVE MARRAKECH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TIKI Docteur d'Etat en Pharmacie 152, Route de Meknes Diplôme de l'Université de Meknes	22/12/20	461,74

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	

VOLET ADHERENT

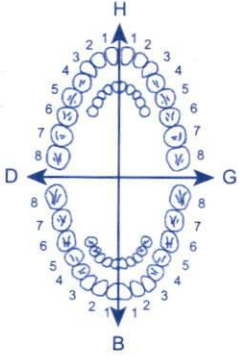
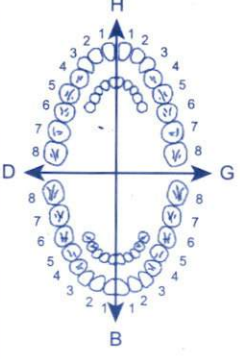
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
		H		H																						
		25533412	21433552																							
		00000000	00000000																							
		D		G																						
00000000		00000000																								
35533411		11433553																								
B																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

المستشفى الخاص
مراكش



HÔPITAL PRIVÉ
MARRAKECH

HÔPITAL PRIVÉ
MARRAKECH

Marrakech, le

17 décembre
2020

ORDONNANCE

Mme ANNOUNI Naïma

99,00

PHYLARM



1 app 2 fois par jour , les deux yeux, 10 jours

138,00

BLEPHARETTE



1 app le soir, les deux yeux, 10 jours

180,00

HYLOGEL COLL



57,90

1 gtte 4 fois par jour , les deux yeux, 3 Mois

ALLERGOCOMOD



1 gtte 3 fois par jour pdt 3 semaines, ODG

474,90

PHARMACIE TIKIDA
HORMATAALLAH Nourjalil
Docteur d'Etat en Pharmacie
Diplômé de l'Université de Nancy I - France
152, Route de Meknes Ain Itti - Marrakech

+ 212 524 359 800
+ 212 524 014 912
contact@hupm.ma
www.hupm.ma



Dr. Kenza SKALLI
Ophtalmologue
HOPITAL PRIVÉ MARRAKECH



HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

PPC 138,00 DH

2022-09
LOT 297064
PPC: 18000

Steripharma
PPV:57,90 dh

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

F A C T U R E

N° : 16692 / 2020 du 17/12/2020

Nom patient **ANNOUNI NAIMA**
PAYANTS

Entrée 17/12/2020

Sortie 17/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	1,00		360,00	360,00
			Sous-Total	360,00
Total Clinique				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total	360,00

HOPITAL PRIVE MARRAKECH
Lot Ryads Al Atlas (EMBARAKAIII)
Route du barrage - Marrakech
N° 4
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12
N° 4
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12