

ceunier,

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



Déclaration de Maladie

N° W19-455624

ND = 18266

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1640 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre RETRAITE

Nom & Prénom : EL HASSOUABI ABDEURRIM

Date de naissance : 30.06.1953

Adresse : LES ISMAILIA (B) MAJIBA
PLACE HASSAN II V. P. MERNES

Tél. : 06 64 26 31 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR AMRANI J. MAJIBA
RHUMATOLOGUE
37, Av. Hassan II Ap. 6
Meknes Tél. 05 35 51 51 95

Date de consultation : 28 JAN. 2020

Nom et prénom du malade : EL HASSOUABI ABDEURRIM

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : MERNES Le : 17/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

CABINET DE RHUMATOLOGIE

Docteur Majida AMRANI JOUTEY

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIES DES OS, DES MUSCLES
ET DE LA COLONNE VERTEBRALE

Médecin Expert des Tribunaux

EX. MEDECIN CHEF DU SERVICE
DE RHUMATOLOGIE

HÔPITAL MOULAY ISMAIL MEKNES



الدكتورة مجيدة العمراني الجوتي
اختصاصية في أمراض الروماتزم
العظام والمفاصل والعمود الفقري

طبيبة محلفة لدى المحاكم

طبيبة رئيسية سابقاً بقسم الروماتزم
بمستشفى مولاي اسماعيل مكناس

Meknès, le 17.01.2020 مكناس في

M^r ELHASSOUBI AB delkrim

MICARDIS 80mg
Boite de 28
1 p/j x 3 mois



Dr. AMRANI J. MAJIDA
RHUMATOLOGUE
37, Av. F.
Meknès Tél.

- الهاتف : ع. 05.35.51.51.95 - م. 05.35.52.71.32 - المحمول: 06.61.56.27.76
37, Avenue Hassan II N° 6 (En Face de la Pharmacie Nouvelle) - MEKNES - Tél. : Cab. 05.

PC
SN
Lot
EXP

03400937776400
10004398423667
945344
10 2023



PHARMACIE PRADEL
P PRADEL
166 Route de BAYONNE
31300 TOULOUSE
Tel: 0561491822
N° SIRET: 37933018600014
Code NAF: 4773Z - FR53379330186
FRANCE

FACTURE

N°14462/622115

Du 17/01/2020

Date de l'échéance 18/01/2020

EL HASSOUABI Abdekrim
8 rue berthy Albrecht
31300 TOULOUSE

Prescripteur : CHR Rangueil
N° AM : 310783055
N° RPPS : 10002859857
Opérateur: MELANIE T

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
MICARDIS 80MG CPR 90X1 3400937776400 N° Ordonnancier : 634410	PH7	0	1	15,406	2,10%	15,41
Honor. dispens. HG7	HG7	0	1	2,703	2,10%	2,70
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
18,61	2,1% (4)	0,39	19,00
Total HT		Total TVA	Total TTC
18,61		0,39	19,00

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	19,00

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Crédit, Espèces)	19,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) Indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

CHECK-LIST
DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT
DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE			
<input type="checkbox"/> Copie des résultats	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Facture	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ordonnance	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel	<input type="checkbox"/>		
DENTAIRE			
<input type="checkbox"/> Accord préalable avant le traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Facture	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Radio après traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Radio avant traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Restitution des anciennes prothèses	<input type="checkbox"/>		
HOSPITALISATION			
<input type="checkbox"/> Cachet de la clinique sur la feuille de soins	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Copie compte rendu des radios	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Copie résultat de l'anatomopathologie	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Copie résultat des analyses	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Entente préalable	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Notes d'honoraires	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ordonnance et factures des actes sous traités	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OPTIQUE			
<input type="checkbox"/> Facture de l'opticien	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ordonnance	<input type="checkbox"/>		
REEDUCATION			
<input type="checkbox"/> Copie radio relative à la même maladie	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Entente préalable remplie par le médecin	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Facture	<input type="checkbox"/>		
PHARMACIE			
<input checked="" type="checkbox"/> Ordonnance *	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Vignettes des médicaments PPV **	<input checked="" type="checkbox"/>		
<p>* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)</p>			
<p>** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre</p>			
<p>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>Matricule:</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">1640</p> <p style="text-align: center;">Signature de l'adhérent</p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>FS n°:</p> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">W</p> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">19-455624</p> <p style="text-align: center;">visa de la MUPRAS</p> </td> </tr> </table>	<p>Matricule:</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">1640</p> <p style="text-align: center;">Signature de l'adhérent</p>	<p>FS n°:</p> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">W</p> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">19-455624</p> <p style="text-align: center;">visa de la MUPRAS</p>
<p>Matricule:</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">1640</p> <p style="text-align: center;">Signature de l'adhérent</p>	<p>FS n°:</p> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">W</p> <p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">19-455624</p> <p style="text-align: center;">visa de la MUPRAS</p>		