

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-455672

### Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1640

Société :

RETRAITÉ  
ABDELLAH

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL HASSOUA BI

Date de naissance :

30.06.1953

Adresse :

RES ISMAILIA (B) N° 13 RINGE  
HASSAN II AVN - MEKNÈS

Tél. :

06 64 26 31 00 Total des frais engagés : 250,00 + 203,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10-10-2019

Nom et prénom du malade :

EL HASSOUA BI

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTI

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 : Melha

Le : 10/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-455672

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

250 + 203,00

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1640

Nom de l'adhérent(e) : EL HASSOUA BI

Total des frais engagés : 453,00

Date de dépôt :

#### **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
10/10/18			250 DT	INP : <input type="text"/> DR. AMRANI MAJID RHUMATOLOGUE 37 Rue Hassan II Meknès Tel. 05 35 51 5 95

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU BAILLIUS 380 Rue de Ecoles 34670 BAJILLARGUES TEL : 04 67 91 96 20 FAX : 04 67 87 28 97	02/11/19	18,92 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

## **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 : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
	$  \begin{array}{r}  \text{H} \\  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  \text{D} \quad \text{G} \\  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]

PHARMACIE DU BALLIUS  
 pierre Yves M POY  
 BP2 BAILLARGUES  
 380 RUE DES ECOLES  
 34671 BAILLARGUES CEDEX  
 Tel: 0467919620  
 N° SIRET: 47972792700010  
 Code NAF: 5231A - FR31479727927  
 FRANCE

Page 1 / 1

### FACTURE

N°1178

Du 02/11/2019

Date de l'échéance 03/11/2019

EL HASSOUABI Abdelkrim  
 35 avenue des vergers  
 34670 BAILLARGUES

Opérateur: \_ E

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
MICARDIS 80MG CPR BT/90 3400937776400	1	15,828	2,10%	15,83
Honor. dispens. HG7	1	2,703	2,10%	2,70
DOLIPRANE 2,4% SUSP BUV 100ML 3400934615467	1	1,352	2,10%	1,35
N° Lots : 9K1441				
Honor. dispens. HD7	1	0,999	2,10%	1,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
20,88	2,1% (4)	0,44	21,32
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>20,88</b>		<b>0,44</b>	<b>21,32</b>

Mode(s) de règlement	
CB	21,32

Reste dû	0,00
----------	------

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

**PHARMACIE DU BALLIUS**  
 380 Rue de Eccles  
 34670 BAILLARGUES  
 TEL : 04 67 91 96 20  
 FAX : 04 67 87 28 97  
 34 2 02613 5

(u) indique les quantités unitaires

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

# 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 MEKNÈS



الدكتورة مجيدة العمراني الجوطى  
اختصاصية في أمراض الروماتزم  
العظام والمعاذل والعمود الفقري

طبيبة م حلقة لدى المحاكم

طبيبة رئيسية سابقاً بقسم الروماتزم  
بمستشفى مولاي اسماعيل مكناس

Meknès, le ..... 10 OCT 2019 مكناس في

M. EL HASSOUABI  
A B delkrim

MICARDIS 80mg  
1pil x 3m

PC 03400937776400  
SN 10003504752537  
Lot 944921  
EXP 06 2023



Dr. AMRANI J. MAJIDA  
RHUMATOLOGUE  
37, Av. Hassan II Ap. 6  
Meknès Tél. 05 35 51 51 95