

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-455672

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☒ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1640 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ABDELKRIM

Nom & Prénom : EL HASSOUARI

Date de naissance : 30.06.1953

Adresse : RES ISMAILIA (B) N°13 Place HASSAN V.N - MEKNES

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. AMRANI J. MAJIDA RHUMATOLOGUE 11, AV. Hassan II Ap. 6 MEKNES Tél. 05 35 51 51 95

Date de consultation : 10-10-2019

Nom et prénom du malade : EL HASSOUARI

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

Nature de la maladie : A.H.I.

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 : Meknes

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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01640

Nom de l'adhérent(e) : EL HASSOUARI

Total des frais engagés : 453,00

Date de dépôt :



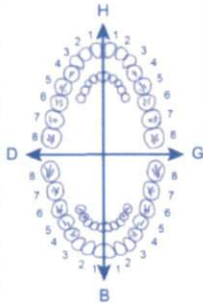
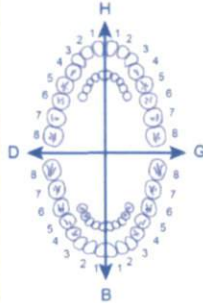
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>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"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412   | 21433552            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D  | G                   |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411   | 11433553            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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<br>Code produit  | Qté | PUHT   | Taux<br>TVA | Montant<br>Total HT |
|--|-----|--------|-------------|---------------------|
| MICARDIS 80MG CPR BT/90<br>3400937776400                           | 1   | 15,828 | 2,10%       | 15,83               |
| Honor. dispens. HG7  | 1   | 2,703  | 2,10%       | 2,70                |
| DOLIPRANE 2,4% SUSP BUV 100ML<br>3400934615467<br>N° Lots : 9K1441 | 1   | 1,352  | 2,10%       | 1,35                |
| 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> |
| 20,88           |              | 0,44             | 21,32            |

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 Ecoles  
 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 MEKNES



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

طبيبة محلفة لدى المحاكم  
طبيبة رئيسية سابقاً بقسم الروماتزم  
بمستشفى مولاي اسماعيل مكناس

Meknès, le 10 OCT 2019 مكناس في

Mr EL HASSOUBI  
Abdelkrim

MICARDIS 80mg  
1x1x 3 mois

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