

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W19-512183

ND: 29959

Optique

X A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10.260

Société :

Royal AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HARCHACHE ABDELLAH

Date de naissance :

02/05/1960

Adresse :

RAM. MEINS

A. HARCHACHE Royal air maroc
Tél. : 0662 4684 67 Total des frais engagés : 300,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Marrakech

Le : 25/10/2010

Signature de l'adhérent(e) :

Re

0559542694 Re

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

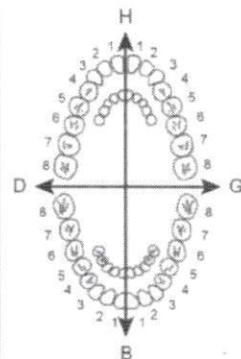
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|---|
| | 25/03/20 | 300,- D.H. | Laboratoire d'Analyses Médicales Dr NEJAT MOUSSA KHALID 6, Rue Pasteur - BP 125 - 3. Etage (V.N) - MEKNÈS Tel: 05 35 51 25 31 - Fax: 03 39 97 44 06 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

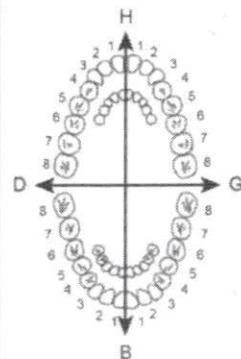
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Laboratoire d'Analyses Médicales "Nejjar"



Dr NEJJAR M^{ed} Khalid

MÉDÉCIN - BIOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Paris VI

C.E.S D'HEMATOLOGIE - C.E.S BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE CLINIQUE

C.E.S IMMUNOLOGIE GENERALE - C.E.S BACTERIOLOGIE VIROLOGIE SYSTEMATIQUE

HEMOSTASE - TOXICOLOGIE - HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Prescripteur:

Docteur HARCHA NOURDDINE

Prélèvement du: 25/03/2020

Identification

MR HARCHACHE ABDELLAH

Référence 18D765 du 25/03/2020 à 11:05

Résultats édités le 25/03/2020

-- BILAN THYROIDIEN --

Page: 1/1

TSH ULTRASENSIBLE

Technique : (Chimiluminescence , ELECSYS 2010)

Résultat: 4,810 µUI/ml

0,25 à 5 µUI/ml

Antécédent du 07/10/19 - 12:46 : 5,740 µUI/ml

Total de pages: 1

مختبر الالتحاقات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. NEJJAR Med. Khalid
6, Rue Pasteur - MEKNÈS
Tél. 05.35.51.25.31 - Fax 05.35.51.43.06



LABORATOIRE NEJJAR D'ANALYSES MEDICALES

6, Rue Pasteur. Appt 3. 1er Etage (V.N). MEKNES

Tél: 05.35.51.25.31 - Fax: 05.35.51.43.06

R.C: 30996 -- CNSS: 2223262 -- PATENTE: 17109226 -- IF: 309591 -- ICE: 001648398000055

FACTURE: 56683/2020

MEKNES le 25/03/2020
Nom et prénom MR HARCHACHE ABDELLAH
Référence 18D765
Docteur HARCHA NOURDDINE

| Acte de biologie demandé | Cotation (B) |
|--------------------------|--------------|
| TSH ULTRASENSIBLE | 250 |
| Total du (B) | B 250 |
| Prélèvement | 0,00 DH |
| Montant en DH | 300,00 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS CENT DIRHAMS

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Hachache Abdellah
6, Rue Pasteur Appt 3. 1er Etage
(V.N) - MKN - 30996
Tél: 05 35 51 25 31 - Fax: 05 35 51 43 06