

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-482108

N° D = 16596

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : A h a l i

Nom & Prénom : ATTIOU, Ali

Date de naissance : 25

Adresse : 49, Lot. AKIOU, BETHMANA

Tél. : 0659765930

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/12/19

Nom et prénom du malade : Ali, Ali

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

Nature de la maladie : Diabète de type 2

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 votre 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 : ALI

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

7 JAN 2020

ACCUEIL

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
30/11/13	Ca	2	90,00	INF : 27/11/13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

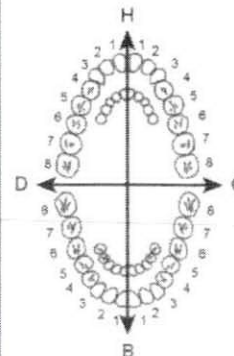
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

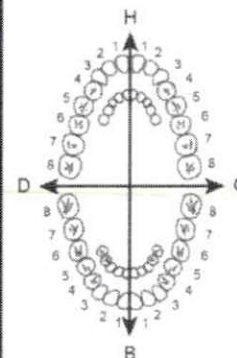
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	02.01.2014					100,00

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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXE

Docteur Houria O. Jawhari
Spécialiste
Diabétologie - Glandes endocrines
Cholestérole - Obésité - Goitre
Impuissances sexuelles - Maladies du sein
Retards de croissance
Nutrition

الدركتور حورية (أ. جوهري)

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية
لسمنة - الكولسترول - الضعف الجنسي
أمراض الثدي - نقصان النمو
التغذية

Marrakech, le :

30/12/19

Mr Ach Mous Ali

Glucosimetre

Banquette

Lancettes

30/12/19

Aspirin pour style

PHIL MEDICAL
Ibn Tofail 4 Avenue Rue
Ibn Zaidoun 34 Avenue Rue
Addarraq - Guéliz - Marrakech
Tel : 05 24 42 24 14 - Fax : 05 24 42 24 13

Docteur Houria O. Jawhari
Spécialiste
Diabétologie - Endocrinologie
213, Avenue Mohamed V, Appt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc)
Tel : 05 24 43 36 62

213, شارع محمد الخامس رقم 11 الطابق الثاني - جوهري/اختصاصية في الغدد الصماء والسكري الملكية الحوية المغربية) - الهاتف : 08 08 39 09 65/05 24 43 36 62

213, Avenue Mohamed V, Appt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tel : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - W.A. : 071117063

PAYE



02/01/2020

10:33:03

NAKHIL MEDICAL S.A.R.L

Consommables Médical & Para Pharmacie

Client : MR AIT MOUS ALI

Marrakech le : 02/01/2020

Facture FT0002/20

Mode Règlement Espece

Representant : MOHAMED

TVA	Désignation	Qté.	Prix Unit	Montant
20	APPAREILLE DIAB CONTROL	1	100.00	100.00



HT 7 % :	HT 20 % :	83.33	TOTAL HT :	83.33
TVA 7 % :	TVA 20 % :	16.67	T.V.A :	16.67
			TOTAL TTC:	100.00

Arrétée la présente FACTURE à la somme de :

CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES

Siege Social: IBN TOFAIL 4 ANGLE RUE IBN ZAIDOUNE ET

ABDELOUHEH EDDERRAK GUELIZ - MARRAKECH

Tél : 0524422414 / Fax : 0524422415 / Gsm : 0661334241

RC : 18283 - IF : 06507665 - Patente : 45310531 - CNSS : 6807179 ICE: 001527591000025 AWB 007450000598200000127175