

# 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.



# Déclaration de Maladie

N° W19-482108

ND = 16596

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : Adhérent

Nom & Prénom : ATTMOU Ali

Date de naissance : 15/01/1981

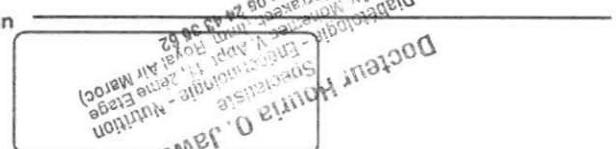
Adresse : 49, Bd. AKIDOU SETTOUNI

Tél. : 052765930

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/2019

Nom et prénom du malade : Attmous Ali Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

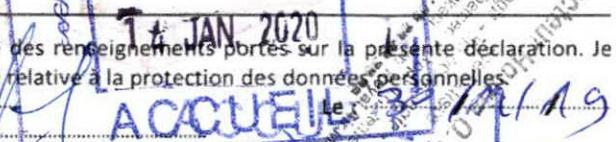
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
30/11/13	Ca	2	80,00	INP : 0711117963 Signature : Dr Gérard MARCHAL Date : 23/11/2013

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

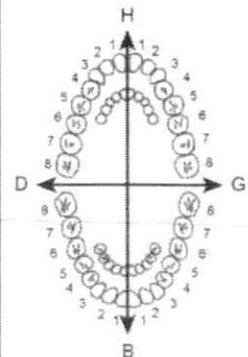
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

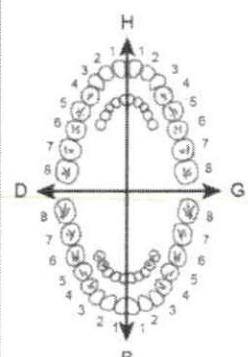
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. H. MED Tofaili - Ange Rus Zaidoune et al. Soudouah Marrakech Zaidoune et al. Marrakech Marrakech - Guéliz - 05/24/14 - fax: 05/24/14	02-01-2012					1000000

## 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

	25533412	21433552
D	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

Docteur Houria O. Jawhari

Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérol - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

(الدكتورة حربة ذ. جوهرى)

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكوليسترول - الضعف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التغذية

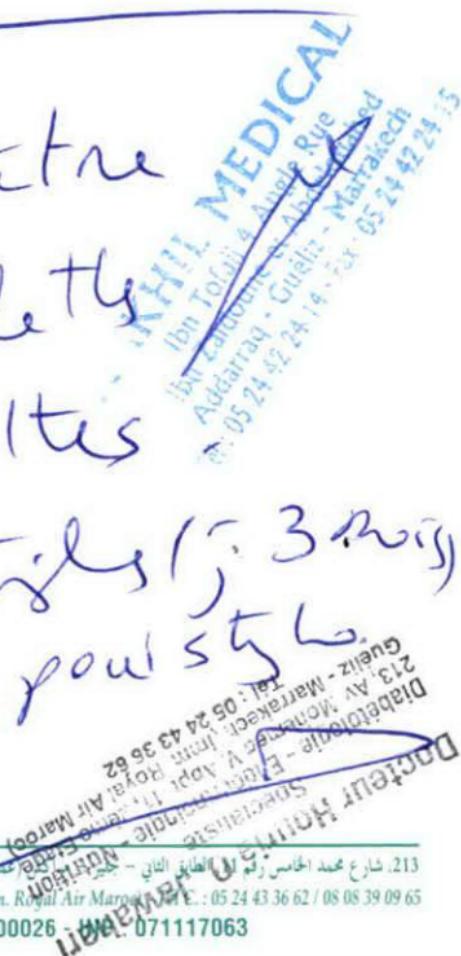
Marrakech, le :

30/12/19

MC Ait Mous Ali

Glucomètre

- Boulleth
- Lancettes
- 3 test strips (3 mois)
- Aiguille pour sels



**PAYE**



# NAKHIL MEDICAL S.A.R.L

Consommables Médical & Para Pharmacie

02/01/2020

10:33:03

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

NAKHIL MEDICAL  
IBN TOFAIL 4 ANGLE RUE IBN ZAIDOUNE ET  
ABDELOUHED EDDERRAK GUELIZ - MARRAKECH  
Tél : 0524422414 / Fax : 0524422415 / Gsm : 0661334241

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

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de :

CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES

Siege Social:IBN TOFAIL 4 ANGLE RUE IBN ZAIDOUNE ET  
ABDELOUHED EDDERRAK GUELIZ - MARRAKECH  
Tél : 0524422414 / Fax : 0524422415 / Gsm : 0661334241

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