

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-455624

n° = 18266

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société | |
| Matricole : 1640 | | RAM RETRAITE ABDEUKRIN | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : EL HASSOUABI | | Date de naissance : 30.06.1953 | |
| Adresse : RES ISMAILIA (3) PLACE HASSAN II 26 V 13 MEKNÈS | | Tél. : 06 64 26 31 00 Total des frais engagés : Dhs | |

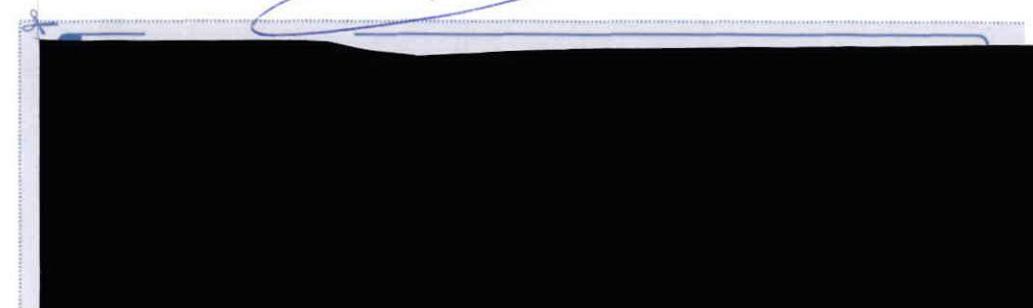
| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : DR AMRANI MAJIDA RHUMATOLOGUE 31, AV. Hassan II AP. 6 Meknès Tél. 05 35 51 51 95 | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : ELASSOUDI HADDOUCHE | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : HTA | |
| 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 : Meknès

Le : 17/01/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/01/2020 | CS | Gratuit | 131011066 | INP : 131011066 AMRANT SAJIDA PHYSIOTHERAPEUTE AP-6 Hassan LAP-6 n° Tel. 05 35 51 51 00 |



EXECUTION DES ORDONNANCES

Date Montant de la Facture

17.01.20 196

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

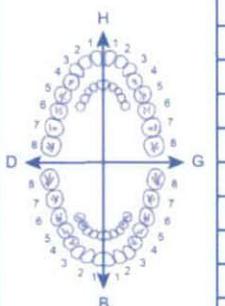
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

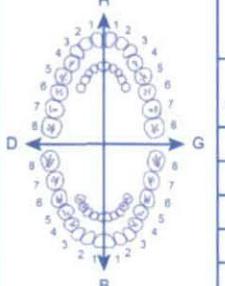
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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 ISMAÏL MEKNÈS



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

طبيبة م حلقة لدى المحاكم
طبيبة رئيسية سابقاً بقسم الروماتزم
بمستشفى مولاي اسماعيل مكناس

Meknès, le 17.01.2020 مكناس في

H² EL HASSAN ABIA B del krim

HICARDIS 80g
Bouteille de 28
Mpli x 3 mois



Dr. AMRANI J. MAJIDA
RHUMATOLOGUE
37, Av. Hassan II
Meknès T

الهاتف: 06.61.56.27.76 - 05.35.52.71.32 - 05.35.51.51.95 -
37, Avenue Hassan II N° 6 (En Face de la Pharmacie Nouvelle) - MEKNÈS - Tél. : Cab. 05.

PC 03400937776400
SN 10004398423667
Lot 945344
EXP 10/2023



PHARMACIE PRADEL
P PRADEL
166 Route de BAYONNE
31300 TOULOUSE
Tel: 0561491822
N° SIRET: 37933018600014
Code NAF: 4773Z - FR53379330186
FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE
N°14462/622115
Du 17/01/2020
Date de l'échéance 18/01/2020

EL HASSOUABI Abdekrim
8 rue berthy Albrecht
31300 TOULOUSE

Prescripteur : CHR Rangueil
N° AM : 310783055
N° RPPS : 10002859857
Opérateur: MELANIE T

| Désignation Code produit | Prest | Taux Remb. | Qté | PUHT | Taux TVA | Montant Total HT |
|---|-------|---------------|-----|--------|-------------|---------------------|
| MICARDIS 80MG CPR 90X1 3400937776400 | PH7 | 0 | 1 | 15,406 | 2,10% | 15,41 |
| N° Ordonnancier : 634410 | | | | | | |
| Honor. dispens. HG7 | HG7 | 0 | 1 | 2,703 | 2,10% | 2,70 |
| Honor. dispens. HDR | HDR | 0 | 1 | 0,500 | 2,10% | 0,50 |

| Montant HT | Taux TVA (*) | Montant TVA | Montant TTC |
|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 18,61 | 2,1% (4) | 0,39 | 19,00 |
| Total HT | | Total TVA | Total TTC |
| 18,61 | | 0,39 | 19,00 |

| | |
|-------------|-------|
| Part AMO | 0,00 |
| Part AMC | 0,00 |
| Part Client | 19,00 |

| | |
|---|-------|
| Mode(s) de règlement | |
| Règlements multiples (Crédit, Espèces) | 19,00 |

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

(u) indique les quantités unitaires

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

123//1/FACTURATION/FACTURE/AAM//N/AAMM//N/AAQM//2.10.2.1.R5-108//0/B17//0106-R2//531107



CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE

- Copie des résultats
- Facture
- Ordonnance
- Pli confidentiel

DENTAIRE

- Accord préalable avant le traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Facture
- Radio après traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Radio avant traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Restitution des anciennes prothèses

HOSPITALISATION

- Cachet de la clinique sur la feuille de soins
- Compte rendu opératoire
- Copie compte rendu des radios
- Copie résultat de l'anatomopathologie
- Copie résultat des analyses
- Détail et justificatif de la pharmacie *En cas d'hospitalisation médicale*
- Entente préalable
- Notes d'honoraires
- Ordonnance et factures des actes sous traités
- Pli confidentiel *En cas d'intervention chirurgicale*

OPTIQUE

- Facture de l'opticien
- Ordonnance

REEDUCATION

- Copie radio relative à la même maladie
- Entente préalable remplie par le médecin
- Facture

PHARMACIE

- Ordonnance *
- Vignettes des médicaments PPV **

1

1

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:

Matricule:

1640
Signature de
l'adhérent

FS n°:

W
19-455624

vista de la
MUPRAS