

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>21045</b>			
Matricole : <b>11573</b>			
Société : <b>Royal Air Maroc</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Zegaiti Younes</b>			
Date de naissance : <b>02/01/1975</b>			
Adresse : <b>MABROUKA HAY NAJAD F222 0076 Nouakchott</b>			
Tél. : <b>066416943</b> Total des frais engagés : <b>456,30</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <b>18.1.2020</b>	
Date de consultation : <b>03/01/2020</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Zegaiti Younes</b>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Enferme</b>	
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 <sup>te</sup> 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 : **Nouakchott** Le : **12/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT
Déclaration de maladie
N° W19-496222
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
Matricole : <b>11573</b>
Nom de l'adhérent(e) : <b>Zegaiti Younes</b>
Total des frais engagés : <b>456,30</b>

## 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
01/01/2010	EC 2010	100	300,00 € HT	INP : 011000884- A.N.P. 2010 Signature : Générale 11/01

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Spécialiste : INP : 00120123600 Tél : 06 01 16 00 ICP : 00120123600
 Pharmacie ILLY Mme MAMDAOUI Darya Rue Jamiaat Ben Youssef-Badji Marrakech. Tél: 044 30 1	03/12/19	156,30 DH

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 00000000 00000000  
 25533411 21433553

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

	L'EXECUTION	
--	-------------	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# CLINIQUE JNANE HARTI

Docteur ABBAS Nordine

Ancien Chirurgien des Hopitaux de Paris

Ancien Chirurgien de l'hôpital Militaire

Avicenne de Marrakech

SPECIALISTE CHIRURGIE GENERALE



الدكتور عباس نور الدين

طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس

طبيب جراح سابق بالمستشفى العسكري

ابن سينا بمراكش

اختصاصي في الجراحة العامة

INP : CJH : 070 003 280

INP : Pers : 071 000 384

ICE : 001701536000056

Marrakech, le :

3 DEC 2019

نرجوكم مراجعتنا

76, S  
40, S

Marrakech 47100  
الدار البيضاء

Algeria Doc n° 100  
7511101 100

910  
4

Alger 4700

7511101  
7511101

clinique JNANE HARTI  
Dr. 368145 Nordine  
Specialiste en Chirurgie Gé  
Tel: 0524447101 0524420497  
INP: 001701536000056

Imm. SAYAKH, Rue Oued El Makhazine  
Place 16 Nov. Guéliz (Près du Commissariat Central)

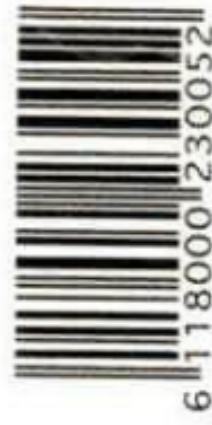
Tél. : 05 24 44 71 01 / Fax : 05 24 42 04 97 / Portable : 06 61 36 02 05 24 4

E-Mail : cliniquejnaneharti@gmail.com

Patente 45112288 - R.C. : 10447 - I.S. : 6503248 - C.N.S.S. : 2439558

CLINIQUE JNANE HARTI  
Dr. 368145 Nordine  
Specialiste en Chirurgie Gé  
Tel: 0524447101 0524420497  
INP: 001701536000056

12 حمولة



ALGIXENE® 500  
12 Suppositoires



ال Algixene  
الAlgixene  
نبتىكسن

500<sup>®</sup>

40,80

**300 mg**

36 Comprimés pelliculés  
Voie orale



**Nalgesic®**  
Fénopropène



76150



سسو طبیما  
Sotherma



# DI-INFECT

## DI-INFECT

ALCOOL ETHYLIQUE 70°  
SOLUTION DÉSINFECTANTE EN FLACON PULVÉRISATEUR

70°

محلول مطهر

للاستعمال الخارجي  
USAGE EXTERNE

### Propriétés :

DI-INFECT est une solution désinfectante antimicrobienne qui aide à limiter le développement des micro-organismes.

### Utilisations :

DI-INFECT est utilisé pour désinfecter les dispositifs médicaux comme ; ciseaux, coupe-ongle, thermomètre, pince à épiler, stéthoscope  
DI-INFECT est utile également pour désinfecter la peau

Précautions d'emploi particulières ;  
En cas de contact avec les yeux et les muqueuses, rincer abondamment et immédiatement

**L:201907134**

**Per:07/2024**

**PPC:39.00DH**

Distributeur exclusif

INPHAB

Fabriqué par :  
Institut Pharmaceutique Bio

142, opération khalil 1 askejour, lamhamid  
Marrakech