

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.



Declaration de Maladie

N° W19-476410

Coum

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4180 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHNATI TOURIA

Date de naissance : 16/09/1956

Adresse : Residence Ibnou Sina IMM B1/3 APP 49
Extension DAKHLA - AGADIR.

Tél. : 0660598538 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur BENJELLOUN El Mostafa
CARDIOLOGIE
Immeuble Timor Av. des F.A.R.
AGADIR - Tél: 028 84 37 37

Date de consultation : 20/10/2019

Nom et prénom du malade : KHNATI

Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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'att. 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 : Agadir le : 16 Mars 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-476410

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 4180

Nom de l'adhérent(e) KHNATI

Total des frais engagés :

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.

BENJELLOUN El Mostafa

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| S + REC | | 300 DH | INP : 041022807 Docteur BENJELLOUN El Mostafa CARDIOLOGIE Immeuble Tinmel Av. des F.A.R. AGADIR - Tel: 028 84 37 37 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| LAMED PARA R47 Rue Yakoub El Mansour Talborjt AGADIR Tel 05 28 82 13 93 | 4/3/2020 | 720,00 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

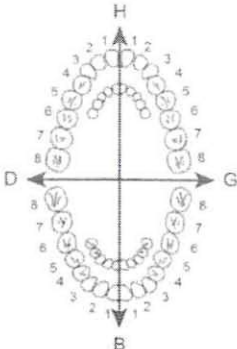
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

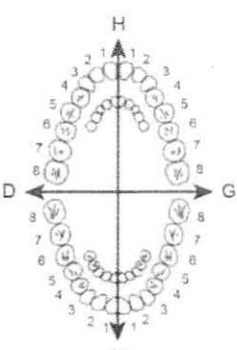
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | |
|---|----------------|------------------|-------------|---|------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | |
| | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | |
| | | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------|---|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|------------------------|
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

LAMED PARA

LAMED

0528821393

R47 Rue Yacoub El Mansour Talborjt , Agadir

Facture N° 20200304-990

Date de vente : 04/03/2020

Médecin traitant :

Mme KHNAT! TOURYA

AGADIR, Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|-----------------------------------|------|--------|--------------|--------|
| ACCU-CHEK PERFORMA BANDELETTE B50 | 4 | 180,00 | TVA (20.00%) | 720,00 |

| | |
|--------------|-------------------|
| Total HT | 600,00 DHS |
| TVA | 120,00 DHS |
| Total | 720,00 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent vingt DHS

LAMED PARA

R47 Rue Yacoub El Mansour
Talborjt AGADIR
Tel 05 28 82 13 93

IF : 15269446 TP : 48360214 RC : 30143 ICE : 000116327000031
Tel : 0528821393

Adresse : R47 Rue Yacoub El Mansour Talborjt , Agadir

LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips

For the determination of
blood glucose
Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo



IVD



Roche

REF 06454011200



4

015630 982110



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.



LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose
Suitable for self-testing

Only for:
Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo

IVD



Roche

REF 06454011200



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.



LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose
Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo

IVD



Roche

REF 06454011200



4

015630 982110



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.



LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips

For the determination of
blood glucose
Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo



IVD



Roche

REF 06454011200



4

015630 982110



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.

