

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- N° 0028203

149190

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve Farid ACHOUR

Date de naissance : 20/02/52

Adresse : Résidence Oulfa - Ilôt 4 - maison 18 - KASSABAT EL KHEIR - HARTOURA

Tél. : 0661327412 Total des frais engagés : 553-DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : MEKOUAR Noufissa Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Le 30/12/23	G	63	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdelhak, Villa Roucaïas Harhourha - Tél: 05 37 74 47 07 Jct: 002141303000020 I.F.: 91309824 - INPE: 102050903	30/10/2023	253,60

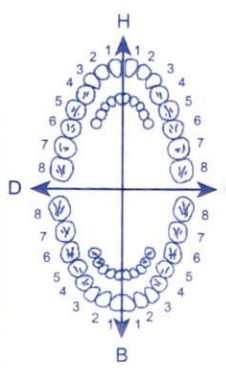
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

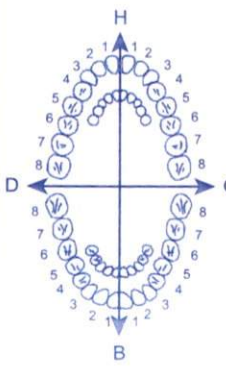
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'IC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rajaâ AFIFI



الاستاذة رجاء عفيفي

Spécialiste des maladies du Tube Digestif,  
du Foie, du Pancréas et de Proctologie

أستاذة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد

Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة

Rabat, le 30/01/2023 الرباط في :

M. M. Melouar

Na fissa

87,00

IP / Reloxium B5

LAXANT  
LOT: 220747  
DLUO: 10/2025  
87,00DH

84,00

Typ 1

PHARMACIE  
Av. Mly. Abdellah  
Harhouha - Tél.: 05 37 77 04 04  
ICE: 002141303000020  
IF: 91309824 - INPE: 102050903

201 Fetalax

2 Lev 6 mn

Lot : 038  
À utiliser de  
préférence avant le : 06/2027

2 Lev

PPC: 84,50 DH

82,10

301 Olediz 20yr

213,60 1 yr le wot

Dr. Rajaâ AFIFI  
Hépatogastro-Entérologie  
Imm. 24 Appt. 9ème étage - Av. Omar Ibn Khattab, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 04 04 / Email: affirajaa@yahoo.fr

x 14yr

الطابق الثالث، شارع عمر ابن الخطاب - أكدال - الرباط  
Imm. 24 Appt. 9 3ème étage - Av. Omar Ibn Khattab, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 04 04 / الهاتف / Email: affirajaa@yahoo.fr البريد الإلكتروني

OLEDIZ® 20 mg comprimés gastro-résistants. Boîte de 14  
PPV: 82 DH 10  
AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX/02  
6 18001 480029



Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New)  
(NEW)

Khaoula LOUGRAT  
0537744707



Facture N° FAC-33623  
Date : 30/01/2023

NOUFISSA MEKOUAR  
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
RELAXIUM B6 CO 300MG B30 GELULES PM	1	87,00	3	87,00
OLEDIZ CO 20MG B14 COMP	1	82,10	2	82,10
ZETALAX DM B6 MICROLAVEMENTS	1	84,50	3	84,50

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	5,37	28,58

Total HT	219,65 DHS
TVA	33,95 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	253,60 DHS
Total	253,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent cinquante-trois DHS  
et soixante centimes

PHARMACIE ROCHE BLANCHE  
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina  
Harhoura - Tél: 05 37 74 47 07  
ICE: 002141303000020  
IF: 91309824 - INPE: 102050903