

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Houfissa MEKOVAR veuve Farid ACHOUR

Date de naissance :

28/02/1952

Adresse :

Résidence Oulfa - îlot 4 - maison 18 - Kossabat el Khéïr - HARTOURA

Tél. :

06 61 32 74 12 Total des frais engagés : 863, 10 - DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdoullah  
Tél: 05 22 20 81 55/59 - 05 22 29 47 88*

Date de consultation :

13 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade :

NEICOUA R. 89 Nouria, Age: 34

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA, Dyslipidémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

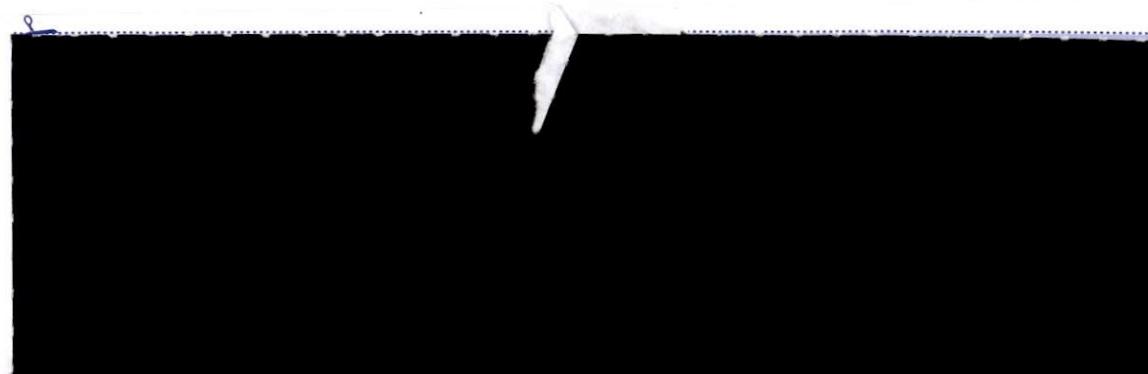
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 24/11/2023

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/11/2023      |                   |                       | 300                             | Dr. EL MAKHLOUF<br>Professeur Agrégé de Médecine Dentaire<br>Tél: 06 22 29 01 85<br>E-mail: abdelrahman.makhlouf@chorsa.dz |
| 091057851       |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ROCHE BLANCHE<br>Av. Mly. Abdellah Villa Roucaina<br>Harrouha - Tel.: 05 37 74 47 07<br>ICE: 00214130300020<br>I.F.: 91309824 - INPE: 102050 | 13/11/23 | 56310                 |
| PHARMACIE ROCHE BLANCHE<br>Av. Mly. Abdellah Villa Roucaina<br>Harrouha - Tel.: 05 37 74 47 07<br>ICE: 00214130300020<br>I.F.: 91309824 - INPE: 102050 |          |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

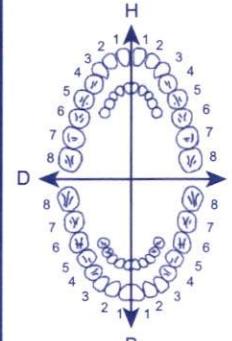
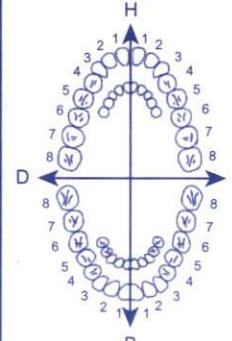
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--------------------|
|   |   |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|  |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|  |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             | Coefficient des Travaux |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|   |   |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| <p><b>H</b></p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |   |                  |             | 25533412                | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS |
| 25533412   | 21433552                                  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| 00000000   | 00000000                                  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| D  | G   |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| 00000000   | 00000000                                  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| 35533411   | 11433553                                  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| B  |   |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|  |   |                  |             | DATE DU DEVIS           |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|  |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM: NOUFFISA MEKOUAR

ID :

Genre : Femme

Age : 71

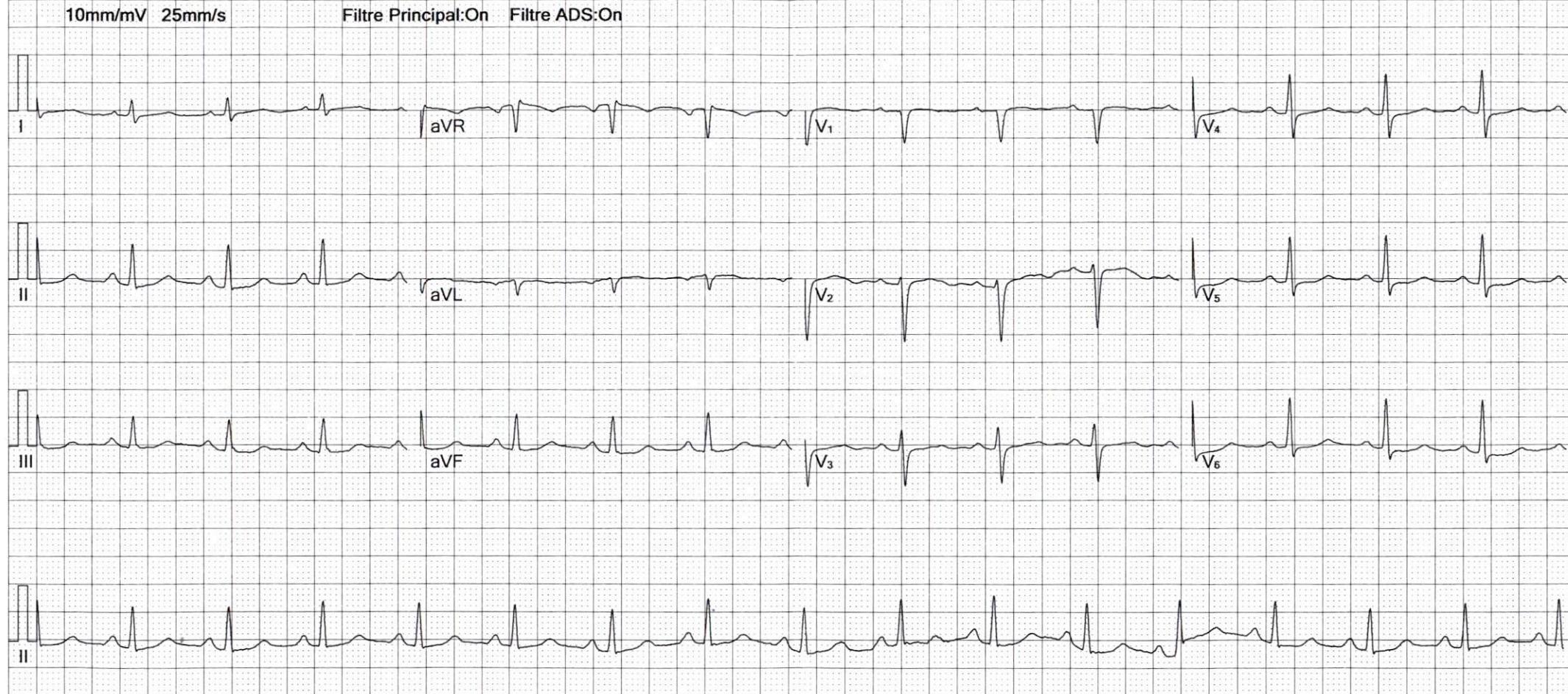
DOB : 20-02-1952

Date of Test : 13-11-2023 16:20

Case #: Investigation #: Médecin Référent:.

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



|                     |         |                  |             |
|---------------------|---------|------------------|-------------|
| Fréquence :         | 1000 Hz | Intervalle QT :  | 354 ms      |
| Durée Echantillon : | 18 s    | Intervalle QTc : | 426 ms      |
| FC :                | 87 bpm  | Axe P :          | 84.7°       |
| Durée P :           | 104 ms  | Axe QRS :        | 79.9°       |
| Durée QRS :         | 80 ms   | Axe T :          | 60.3°       |
| Durée T :           | 244 ms  | RV5/SV1:         | 0.84/0.58mV |
| PQ Interval :       | 164 ms  | RV5+SV1:         | 1.42mV      |

Suggestion :

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Mouloud Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 20 21 55/59 - 05 22 47 76

Signature Médecin:

# Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New) (NEW)



Khaoula LOUGRAT

0537744707

Facture N° FAC-44650

Date : 20/11/2023

MEKOUAR NOUFISSA

Maroc

| Produit                      | Qté. | P.U    | TVA | Total  |
|------------------------------|------|--------|-----|--------|
| APROVEL CO 150MG B28 COMP MV | 3    | 108,70 | 1   | 326,10 |
| TAHOR CO 10MG B28 COMP MV MM | 3    | 79,00  | 1   | 237,00 |

|               |    |    |     |                 |                   |
|---------------|----|----|-----|-----------------|-------------------|
| Code de TVA   | 1  | 2  | 3   | Total HT        | 563,10 DHS        |
| Taux          | 0% | 7% | 20% | TVA             | 0 DHS             |
| Montant (DHS) | 0  | 0  | 0   | Total Organisme | 0 DHS             |
|               |    |    |     | Total Client    | 563,10 DHS        |
|               |    |    |     | <b>Total</b>    | <b>563,10 DHS</b> |

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-trois DHS  
et dix centimes

PHARMACIE ROCHE BLANCHE  
Av. M<sup>me</sup>. Abdellah, Villa Roucaina  
Harhouna - Tél.: 0537 7447 07  
ICE: 002141303000020  
I.F.: 91309824 - INP: 102050903

IF : 91309824 ICE : 002141303000020

Tel : 0537744707

Adresse : av moulay abdellah villa roucaina harhoura, temara

Docteur ALI EL MAKHLOUF  
PROFESSEUR AGREGE  
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebââ Casablanca  
Aprovel 150 mg. cp b 28  
P.P.V : 108,70 DH  
6 118001 080892

A CASABLANCA Le 13 novembre 2023

Mme MEKOUAR EP ACHOUR Noufissa (71 ans)

~~108,70 x 3~~  
APROVEL 150mg :  
1 CP PAR JOUR LE MATIN SANS ARRET  
326,10

~~79,00 x 3~~  
TAHOR 10 mg  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE SOIR  
237,00

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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebââ Casablanca  
Aprovel 150 mg. cp b 28  
P.P.V : 108,70 DH  
6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebââ Casablanca  
Aprovel 150 mg. cp b 28  
P.P.V : 108,70 DH  
6 118001 080892

Docteur ALI EL MAKHLOUF

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

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdou - Casa  
Tél: 05 22298155/59 - 05 22472688

EXP : 05/2022 P.P.V : 108,70  
LOT N° : H-C57900 79,00

EXP : 05/2022 P.P.V : 79,00  
LOT N° : H-C57900 79,00

EXP : 05/2022 P.P.V : 79,00  
LOT N° : H-C57900 79,00