

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

**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

N° M20- 0001153

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 184061  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Noufima MEKOUAR Veuve Farid ACHOUR  
Date de naissance : 28/02/1952  
Adresse : Résidence Oulfa - Îlot 4 - Maison 18 - Kassarbat el Khay - HARTOURA  
Tél. : 06 61 32 74 12 Total des frais engagés : 863,10 - DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023  
Nom et prénom du malade : MEKOUAR Noufima Age :  
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdellah Villa Roucaina Harhouha - Tel.: 05 37 74 47 07 ICE: 002141303000020 I.F.: 91309824 - INPE: 102056403	13/11/23	563,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

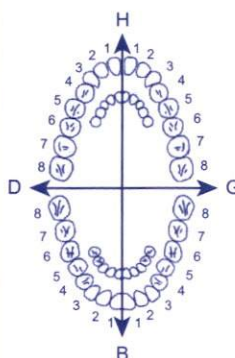
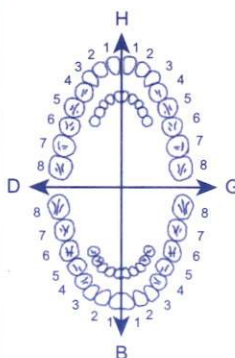
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																							
	<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			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			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

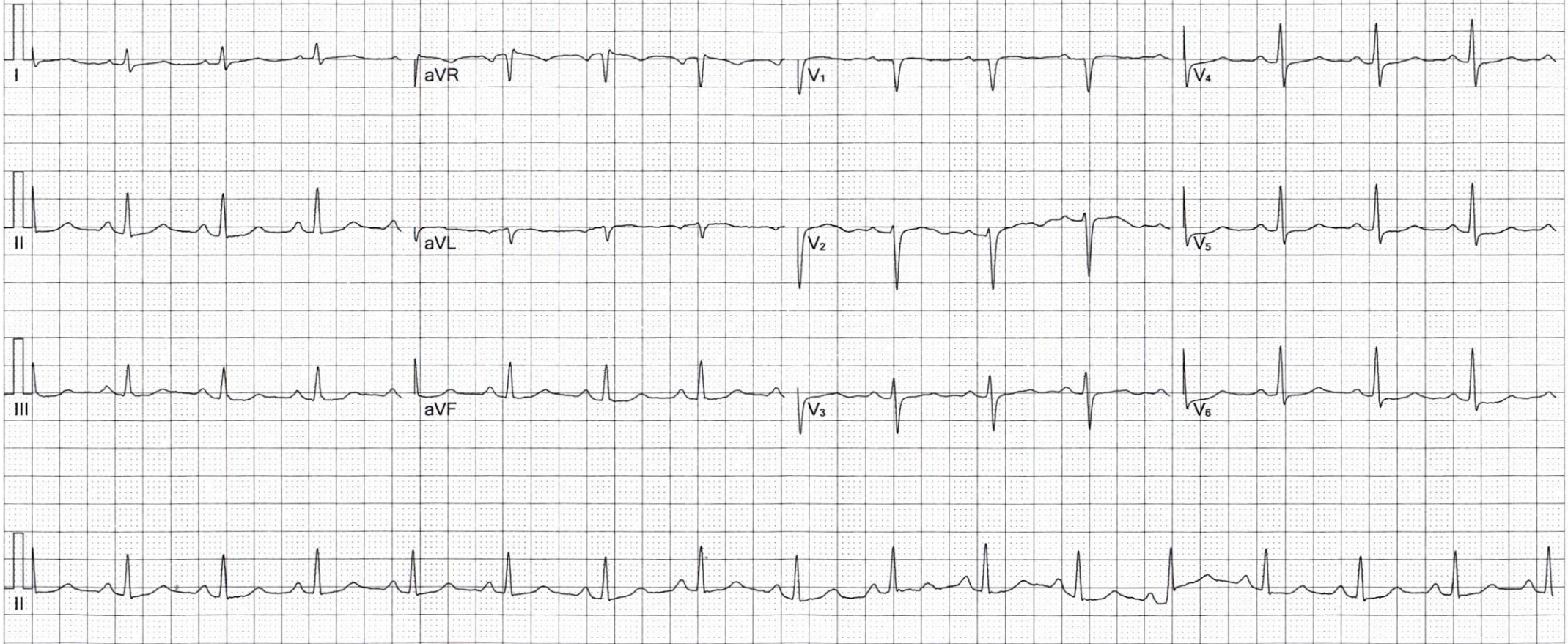
DOB :20-02-1952

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 :

TA 132/85  
P: 68Kg

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 20 55 59 - 05 22 47 38

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
				Total	563,10 DHS

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

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



**Docteur ALI EL MAKHLOUF**  
PROFESSEUR AGREGÉ  
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

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

A CASABLANCA Le 13 novembre 2023

Mme MEKOUAR EP ACHOUR Noufissa (71 ans)

*108,70 x 3*  
*326,10*  
**APROVEL 150mg :**

1 CP PAR JOUR LE MATIN SANS ARRÊT

*79,00 x 3*  
*237,00*  
**TAHOR 10 mg**

1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT LE SOIR

**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. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 41 26 89

**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 sebaâ Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V : 108,70 DH  
5 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V : 108,70 DH  
5 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V : 108,70 DH  
5 118001 080892

Docteur ALI EL MAKHLOUF

EXP : 05/2024 P.P.V

LOT N° : 405100 79,00

EXP : 05/2024 P.P.V

LOT N° : 405100 79,00

EXP : 05/2024 P.P.V

LOT N° : 405100 79,00

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483