

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 canaux, 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 canaux.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-005807

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 184060
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve Farid ACHOUR
Date de naissance : 20/02/1952
Adresse : Résidence Oulfa - Ibt 4 - maison n°18 -
Kassabat El Kheir - HARHOURA -
Tél. : 0661327412 Total des frais engagés : 567,80-DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa
Tél.: 05 22 99 34 14/15

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Melcon Achar Noufissa
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhumatisme chronique
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) :

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
15/11/23	Cs		300,00	Dr. Mekki SKIREDA RHUMATOLOGUE Résidence Ben Omar Porte B 5 Rue Ibnou Nafiss Maarif - Casa Tél.: 05 22 99 34 14/15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE v. My. Abdellah, Villa Roucaire Harhouna - Tél.: 95 37 74 47 07 ICE : 002141303000020 E: 91309824 - INPE: 102050903	15/11/23	267,80

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	

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 de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بمونبولى
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le

15/11/23

Actuel de l'ordonnance

PPV: 141H00
PER: 09/26
LOT: M2946

1 - Doliprane 1000

2 - Voltaren 25 mg

3 - Actuel 5 mg

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

1 - Voltaren 25 mg

1 - Voltaren 25 mg

133,60

Tél. : 05 22 99 34 14 البيضاء - المعاريف - الطابق الثالث - زنقة ابن النفيس - الباب B - 5
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa

82,50 Vicenty 2 gel

1 massage - 21

VI VF75 0126 L
LOT PER
Prix 82,50

37,70 ⁶ - Dépendance
A Allorty

LOT/EXP.:

H08195
02/202
P.P.V.: 37DH70

Yucie = 3 doses
(à 1000 mg)

267,80

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

DR. MERKISKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa
Tél.: 05 22 99 34 14/15

Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New) (NEW)

Khaoula LOUGRAT

0537744707



Facture N° FAC-44649

Date : 20/11/2023

MEKOUAR NOUFISSA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
VENOXYL GEL 40ML	1	82,50	3	82,50
DEPOMEDROL IN 80MG INJECTABLE	1	37,70	1	37,70
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	2	14,00
DIOVENOR CO 600MG B30 COMP	1	133,60	2	133,60

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	9,66	13,75

Total HT	244,39 DHS
TVA	23,41 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	267,80 DHS
Total	267,80 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent soixante-sept DHS
et quatre-vingts centimes**

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

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale

et Rhumatismes Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



دكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

عظام - المفاصل - العمود الفقري

خريج بكلية الطب بمونبولى

التطبيب اليدوي

فحص المفاصل بالصدى

15/11/2023

FACTURE

Mme ACHOUR MEKOUAR NOUFISSA

Consultation.....300.00DH

TOTAL 300.00DH

FACTURE ARRETEE A LA SOMME TOTALE DE TROIS CENTS DIRHAMS T.T.C.

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa
Tél.: 05 22 99 34 14/15