

# 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

- 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.

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

3265

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Choufissa MEKOVAR veuve Farid ACHOUR

Date de naissance : .....

20/02/1952

Adresse : .....

Résidence Oulfa - Ilot 4 - Maison 18 -

Kassabat el Kheir - HARTOURA

Tél. : 0661327412

Total des frais engagés : 48,24 euros + Dhs

22,04 euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : .....

Choufissa MEKOVAR

Age : .....

Nom et prénom du malade : .....

Choufissa MEKOVAR

Enfant

Lien de parenté : .....

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : .....

Choufissa MEKOVAR

Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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) : .....

### 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
27/10/2013				Dr. Abdellah Chraouli Praticien de la Dentisterie Av. Mohamed V, 1000 Casablanca Immeuble N° 1, Rue Hassan II Tél: 06 11 11 200

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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
		AM	PC	IM	IV	

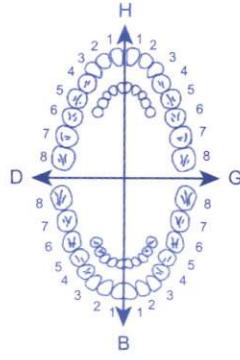
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Attestation

Dr. Abdellah El MAGHRAOUI

**Professeur de Rhumatologie**

Ex-Chef du Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction

Mohammed V, Rabat

Past-Président de la Société Marocaine de Rhumatologie

Directeur de publication de la Revue Marocaine de Rhumatologie

Membre du Comité Scientifique de l'International

Osteoporosis Foundation



**د. عبدالله المغراوي**

**أستاذ في أمراض المفاصل و العظام والروماتيزم**

الرئيس السابق لمركز أمراض الروماتيزم وإعادة التأهيل الوظيفي،

مستشار التعليم العسكري محمد الخامس، الرباط

الرئيس السابق للجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم

رئيس تحرير المجلة المغربية لأمراض الروماتيزم

عضو اللجنة العلمية لمؤسسة هشاشة العظام الدولية

07/11/2023

**MME MEKOUAR NOUFISSA**

- Methotrexate cp 2,5 mg**  
6 cp chaque semaine x 6 mois

Dr. Abdellah El Maghraoui  
Professeur de Rhumatologie  
Av Mohammed V, Rue Bait Lahm,  
Imm b. N°6, N°6, Appt N°6, Rabat  
P.M.T: 05 37 73 23 22

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لحم عمارة (ب)، شقة رقم 6، الطابق الثاني ،الرباط

**Avenue Mohammed V, Rue Bait Lahm, Imm B, Appt N°6, Rabat**

Cabinet : 05 37 73 23 22 - 08 08 52 09 28 - 06 62 04 49 40 • GSM : 06 61 54 71 90

Email : aelmaghraoui@gmail.com • Site web : [www.rhumato.info](http://www.rhumato.info)

Patente : 25103066 • I.F : 37517406 • ICE : 002284604000029

PHARMACIE JOUFFROY

Adrien RONCIN - Pharmacien

27, rue Jouffroy d'Abbans

75017 PARIS Date : 13/11/2023

TEL : 01 47 63 56 80 Op : 1 15:27

FA230091104 POSTE2

Produit	Qte	A regler	Total
---------	-----	----------	-------

Vente du 13/11/23 230091104

pour ETRANGER

METOTAB 2,5MG CPR

BT24 DU	4	5,51	22,04
---------	---	------	-------

*HONOR. REMBOURS.	1	0,51	0,51
-------------------	---	------	------

*HONOR. SPECIFIQ.	1	3,57	3,57
-------------------	---	------	------

CC - 13/11/23

Net à payer en

**22.04 €**

No

Dont TVA :

14/11/2023 Es

Nombre d'art

Montant des H

Points :

0,00

SOMME rembours

points

Date : / / 2019

PC: 03400930067840  
Lot: 0249A  
EXP: 07 2025  
SN: 965020280552



PC: 03400930067840  
Lot: CZ49A  
EXP: 07 2025  
SN: 965261377713



PC: 03400910067840  
Lot: CZ49A  
EXP: 07 2015  
SN: 965019703515



PC: 03400930067840  
Lot: CZ49A  
EXP: 07 2025  
SN: 965013239006



PC: 03400930067840  
Lot: C24SA  
EXP: 07/2025  
SN: 965257027875



PC: 03400930067840  
Lot: CZ49A  
EXP: 07 2025  
SN: 965019440978



PC: 03400930067840  
Lot: CZ491  
EXP: 07 2025  
SN: 514416-76530



PC: 03400930067840  
Lot: CZ49A  
EXP: 07 2025  
SN: 965023604243



PC: 03400930067840  
Lot: C249A  
EXP: 07/2025  
SN: 96500879582



PC: 03400930067840  
Lot: CZ49A  
EXP: 07 2025  
SN: 514470578752



PC: 0340093006784  
Lot: C2 9A  
EXP: 07 2025  
SN: 965022331707



PC: 03400930067840  
Lot: C249A  
EXP: 07 2025  
SN: 965008909192


 SELARL Pharmacie d'HELLEMES  
 LILLE  
 au capital social de 75000 euros  
 Bruno MONCOMBLE  
 226 Rue Jacquard  
 59260 HELLEMES LILLE  
 FRANCE  
 Tel: 0320567749  
 N° SIRET : 48962475900010 - N°  
 SIREN : 489624759  
 TVA Intracommunautaire :  
 FR88489624759  
 RCS : 00010 - Ville de greffe : Lille  
 Code NAF/APE: 4773Z

**FACTURE**

N°3917/568793

Du 06/11/2023

Date de l'échéance 07/11/2023

Page

1 / 1

MEKOUEAR NOUFISSA  
 189 rue jean jacques rousseaux  
 5370 MONS EN BAROEUL  
 FRANCE

Prescripteur : MEDECIN Etranger  
 Opérateur: Tiphaine .

**Désignation**

**Code produit**

	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
NOVATREX CPR 2MG5 BT12 3400930067840	PH7	0	12	2,605	2,10%	31,26
N° Ordonnancier : 1295113						
N° Lots : CZ49A CZ49A						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	12	0,999	2,10%	11,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50
<b>Montant HT</b>	<b>Taux TVA (*)</b>		<b>Montant TVA</b>		<b>Montant TTC</b>	
47,25	2,1% (4)		0,99		48,24	
<b>Total HT</b>				<b>Total TVA</b>		
47,25				0,99	<b>Total TTC</b>	
					48,24	

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	48,24

<b>Mode(s) de règlement</b>	
CB	48,24
<b>Reste dû</b>	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

FACTURE  
 ACCOUTER

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

