

# 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

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.



# Déclaration de Maladie N° P19- 0042448

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve Farid ACTOUR  
 Date de naissance : 20/02/1952  
 Adresse : Résidence Doha - Villa 44 - Route Azzemour - CASABLANCA  
 Tél. : 0661327412 Total des frais engagés : 1011,90 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. EL MAKHLOUF Ali  
 Professeur Agrégé Cardiologie  
 5, Rue Med. Abdouh - Casa  
 Tél : 05.22.29.81.55/50 - 05.22.47.26.89  
 Date de consultation : 28/08/2016  
 Nom et prénom du malade : Mlle Noufissa Mekouar Age : 66  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : H.T.A + Diabète  
 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
28.08.2023		3	3000	Dr. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie Rue Med. Abdouh - Casa 05.22.29.81.55/05.22.47.26.89

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ANDALOUS Rachid S. Achi 394, Angle Av. 2 Mars et Rd. Paganini Tél. 06 22 21 17 05 / 05 22 47 80 31	28.08.2023	711,90 DH

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



№ 001341

Quantité	Désignation	P.U.	Montant
3	chou rouge	79,00	237,00
3	Harad yag	158,30	474,90
			<u>T = 711,90</u>

J'ai été le brick femme et le bon  
 de sept cent onze dix et plus

Pharmacie INDALOUS  
 25-05-2021



**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Casablanca, le 28 Aout 2020**

MME Noufissa MEKOUAR EP ACHOUR

1 - TAHOR cp enrobé 10 mg : 28  
:1 comprimé le SOIR SANS ARRET

2 - APROVEL 150 mg:  
1 CP MATIN SANS ARRET

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340  
Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340  
Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340  
Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Lot/Batch Fab./Mfg.  
Pér./Exp.

Lot/Batch Fab./Mfg.  
Pér./Exp.

Lot/Batch Fab./Mfg.  
Pér./Exp.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaa Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH  
6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaa Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH  
6 118001 080892

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VIS**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55/59 : 05 22 47 26 89

Pharmacie ANDALOUS  
Rachid EL MOU  
394, Angle Av. 2 Mars 84, Panoramique  
Casa - Tél: 05 22 21 17 95 / 05 22 82 80 31