

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.

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° P19- 060465

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 11983

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Neuve Farid ACHOUR

Date de naissance : 20/02/1952

Adresse : Résidence Doha - Villa 44 - Route
Azemmour - CASABLANCA

Tél. : 0661327412 Total des frais engagés : 560,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ALAOU Mohammed
Professeur de Chirurgie
Viscérale et Cancérologique
E-mail : hamidalaou@yahoo.com
INP : 101 118 123 - Potente : 25772005
ICE : 0057821000019
Clinique Alcazar - Agdal - Casablanca

Date de consultation : 17/09/2012

Nom et prénom du malade : Noufissa MEKOUAR Age : 57 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Drachos Churgue / Collecteur Fétal

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : X/OU

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) : ACCUPE

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
17/09/2005	C3	01	gratuit	Dr. EL ALAOUI Mohamed Professeur de Chirurgie Viscérale et Cancérologique E-mail : hachio@agdal.ma N°P : 101 118 123 - Patente : 25772005 ICE : 001678243000019 Clinique Agdal, Avenue Ibn Sina Agdal-Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ANDALOUS 394, Angle Av. 2 Mars et Bd. Panoramique Casa - Tél. 05 22 21 11 85 - 05 22 52 80 37	18.09.05	560,00

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 et le geste 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'occlusion.

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 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
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

Clinique Agdal

MEDICO-CHIRURGICALE



مصحة أكڨال
للطب والجراحة

استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمختبر على مدار الساعة
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7j/7

Rabat, le

17 09 2020
M^{me} - NOUFISSA MEKOUAR

1/Smecta: 3 sachets

1 sachet matin & soir durant

06 j

2/Kalmagast

2 cp/j à la demande -

3/Alflorex

un cp/j x 30

Dr. EL ALAQUI Mohammed

Professeur de Chirurgie

Viscérale et Cancérologique

E-mail : hani.alaoui@yahoo.com

INP : 101 118 23 - Patente : 25772005

ICE : 06 678243000019

Clinique Agdal Avenue Ibn Sina Agdal-Rabat

6 ساحة طلحة، شارع ابن سينا، أكڨال - الرباط

6, Place Talha, Avenue Ibn Sina, Quartier de l'Agdal
10100, Rabat-MAROC

05 37 67 77 77 - 05 37 77 77 77 - 05 37 67 77 11/12 et 13

cliniquerabatagdal@gmail.com

www.clinique-agdal.com



PHARMACIE ANDALOUS

N° 001340



He le 11.02.2020
M. J. Bouhassane

Quantité	Désignation	P.U.	Montant
03	Aspirine	52,00	156,00
02	Valéry	11,00	22,00
01	Vitamine	11,00	11,00
		<u>T = 189,00</u>	

Je certifie que les médicaments ci-dessus sont
la propriété exclusive de la Pharmacie Andalous

394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique

Tél : 05 22 21 17 85 - 05 22 52 80 31 - GSM : 06 61 20 47 78 - Domicile : 05 22 36 44 24 - Casablanca

IF: 51309210 - PT: 34910090 - RC: 5264 - CNSS: 1799602 - ICE: 001628834000021

Smecta →



Kalmagas →

Lot: 190567
A consommer de
préférence avant le: 09/2024
PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®

Lot: 200217
A consommer de
préférence avant le: 04/2025
PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®

ALFLOREX →

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc

Technopole - Aéroport Mohamed V
B.P. : 126-Nouaceur-Maroc

www.biocodex.ma

P.P.C. 245,00 DH
complément alimentaire, n'est pas un
médicament

N° DA20181706751DMP / 20UCA / MAV3
902003