

# 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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- N° 0028204

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veune Farid ACHOUR

Date de naissance : 20/02/1952

Adresse : Résidence Oulfa - Ilot 4 - maison 18 - KASSABAT EL KHEIR - HARHOURA

Tél. : 06.61.32.74.12 Total des frais engagés : 818,60-DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MEKKI SKIREDJ  
RHUMATOLOGUE  
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5  
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF  
TEL : 022 99 34 14 / 15 - CASA

Date de consultation : 07/03/2022

Nom et prénom du malade : M. Achour Mekouar Noufissa

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme psoriasique

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) :

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
07/09/22	Cs		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/22	568,60

# 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 <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>H</td> <td></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>B</td> <td></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 بمونبولي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le

07/19/22

Achoua de l'achoua  
Nouveau

1 - Dolipram 1000 capsules  
1 à 3 capsules

2 - Vegeborn bannier

92/10 x 4  
36840  
1 massage x 2 h

Le traitement 25 (4)

PHARMACIE ROCHER BLANCHE  
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina  
Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07  
ICE: 002 41303000020  
I.F.: 91309824 - INPE: 102050903

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

26,20 4 - Acpt Sing : (1)

2 Co / 8 hours (48 h  
7700 x 2000 15 x 1

174,00  
X 5 - Relaxation Zoo (2)

0 - 0 - 1

Durée = 3 heures

568,60 (a'ceunvely)

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

DR. MERKEL JAMMED.  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar, Porte B 5  
Rue Ibnou Nafes, Maarif  
Tél. 022.95.34 10 Casa



Date : / / 2019

METHOTREXATE 25 mg

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Methotrexate biodim25mg/ml  
al b1 mv

P.P.V: 94,10 DH

6 118001 181605

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Methotrexate biodim25mg/ml  
al b1 mv

P.P.V: 94,10 DH

6 118001 181605

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Methotrexate biodim25mg/ml  
al b1 mv

P.P.V: 94,10 DH

6 118001 181605

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Methotrexate biodim25mg/ml  
al b1 mv

P.P.V: 94,10 DH

6 118001 181605

04

RELAXIUM

XANT LOT: 210694  
DLUO: 12/2024  
87,00DH

LOT: 220280  
DLUO: 03/2025  
87,00DH

ACFOL

LOT: 14222003  
FER: 03/2026  
PPV: 26,20 DH

M<sup>me</sup> ACHOUR MAKAR  
NOUFISSA

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

Le .....

Facture n° 32

Quantité	Désignation	Prix	Montant
04	Mefenoxate 25 mg	92,10	368,40
02	Acfol 5 mg cp	26,20	26,20
02	Relaxium 300cp	87,00	174,00
			<u>568,60</u>

la facture arrêtee à la somme  
de: Cinq Cent soixante huit  
dix huit euros et 60 Cts.

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