

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJEETS

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

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

## Déclaration de Maladie

M22- 0024973

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3265

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Noufissa MEKOUAR Veuve F. ACHOUR

20/02/1952

Date de naissance :

Adresse : Résidence OUifa - Ilot 4 - maison 18

Kassabat El Kheir - HARHOURA

Tél. : 06 61 32 74 12

Total des frais engagés : 955,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Me M. MEKOUAR Noufissa Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H - T A

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] :



# 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
30.03.2023	C			G

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE AV. MLY. Abdellah MHD HOUCAI TCE : 00244-0537744700 Harchoune TEL : 0537744700 15-03-2023	30.03.2023	955,70

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 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

**Docteur ALI EL MAKHLOUF**  
PROFESSEUR AGREGE  
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 30 mars 2023

Mme MEKOUAR EP ACHOUR Noufissa

$84,10 \times 2 = 164,20$

INEXIUM 20 mg : 1 comprimé le SOIR                  2 boites

$158,30 \times 5$   
APROVEL 150 MG:  
1 cp par jour

5 boites

$= 79,150$

Docteur ALI EL MAKHLOUF

PHARMACIE ROCHE BLANCHE  
AV. MLY. Abdellah, Villa Roucaina  
ICP: 00214130300020  
Tél: 0537744707  
5, Rue de la 1<sup>er</sup> Janvier  
Casablanca

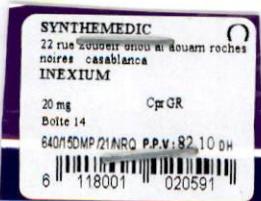
Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur en Cardiologie  
5, Rue de la 1<sup>er</sup> Janvier  
Casablanca  
Tél: 0522298155/59 - 0522472689

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483

## APROVEL 150



## INEXIUM 20



# Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New) (NEW)

Khaoula LOUGRAT  
0537744707



Facture N° FAC-35634

Date : 04/04/2023

MEKOUAR NOUFISSA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	2	82,10	2	164,20
APROVEL CO 150MG B28 COMP MV	5	158,30	1	791,50

Code de TVA	1	2	3	Total HT	944,96 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	10,74 DHS
Montant (DHS)	0	10,74	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	955,70 DHS
				<b>Total</b>	<b>955,70 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : neuf cent cinquante-cinq DHS  
et soixante-dix centimes**

IF : 91309824 - ICE : 00214130300020  
HARHOURA - Tel : 0537744707  
AV. MLY. ABDELLAH, VILLA ROUCAINA  
PHARMACIE ROCHE BLANCHE  
ICE : 00214130300020  
IF : 91309824 - INPE : 102050903