

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- 0007112

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265

Société : A60099

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve Farid ACHOUR

Date de naissance : 20/02/1952

Adresse : Résidence Oulfa - I/6E4 maison 18
Kassabat El Kheir - HARHOURA

Tél. : 0661 327412 Total des frais engagés : 295,40 -DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 MAI 2023

Nom et prénom du malade : Mekouar Noufissa Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs - gène

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) :

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
05 MAI 2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdelhak Villa Roucaïna Marhouba - Tél.: 05 37 74 47 07 ICE: 002141303000020 N° 31309824 - INPE: 102050903	5/05/2023	295,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

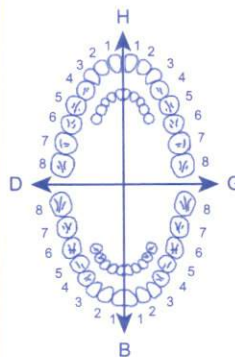
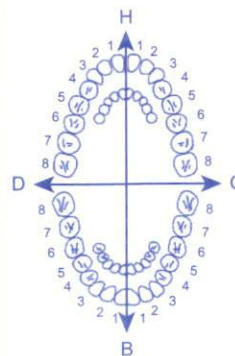
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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

Docteur Rajaâ AFIFI

Spécialiste des maladies du Tube Digestif,
du Foie, du Pancréas et de Proctologie

Ex. Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat



د. رجاء عفيفي

مختصة في أمراض الجهاز الهضمي
المعدة - الأمعاء - الكبد

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة

الرباط، في : 5 mai 2023

M me Nekouar Fanta

7990

①

Kalvech

1 cp x 31 J

6020

②

Feltrun

2 cp x 31 J x 05 J

30100

③

Imodium

1 cp x après chaque sel

④

Hemerve suppl + Aerie

1 suppl 6 bn

7100

4100

RHARMACIE ROCHE BLANCHE

Av. Mly-Abdellah, Villa Roucaina

Harhouka - Tél.: 05 37 74 47 07

ICE: 002141303000020

عمارة 24، الشقة 9 - الطابق الثالث، شارع عمر ابن الخطاب - أكدال - الرباط

Imm. 24 Appt. 9 - 3ème Etage - Av. Omar Ibn Khattab, Agdal - Rabat

البريد الإلكتروني : afifirajaa@yahoo.fr / الهاتف : 05 37 77 04 04

KALMACOL

Lot: 200220
A consumer
avant le: 04/2025
PPC: 79,90 DH

FILTRUM

Batch: 030622
Mfg. date: 06/2022
Exp. date: 06/2024
PPC: 65.00 Dhs

IMODIUM

LOT: 22011
PER: 07 2027
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V: 300 DH
6 118000 010845

HEMOREINE

Tube de 30g
LOT: 0723
EXP: 03/25
PPC: 45.00 DH



la LOUGRAT

37744707

Facture N° FAC-37478

Date : 05/05/2023

noufissa mekouar

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
HEMOREINE SU B10 SUPPOSITOIRES	1	75,00	3	75,00
HEMOREINE CR 30G CREME	1	45,00	3	45,00
IMODIUM CO 2MG B20 GELULES	1	30,50	2	30,50
FILTRUM 400MG B30 COMP	1	65,00	3	65,00
KALMACOL CO B30 COMP	1	79,90	3	79,90

Code de TVA	1	2	3	Total HT	249,25 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	46,15 DHS
Montant (DHS)	0	2,00	44,15	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	295,40 DHS
				Total	295,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingt-quinze DHS et quarante centimes

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

IF : 91309824 ICE : 002141303000020
Tel : 0537744707

Adresse : av moulay abdellah villa roucaina harhouha, temara