

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265

Société : 160039

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOVAR Veuve Farid ACHOUR

Date de naissance :

20/02/1952

Adresse :

Résidence Oulfa - 16E4 maison 18
Kassa bat El Kheir - HARHOURA

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03 MAI 2023

Nom et prénom du malade : M elkheir Noufissa Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

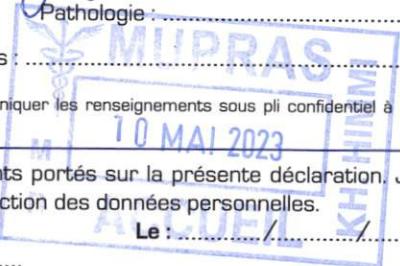
Boreube - gape

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 : 10 MAI 2023

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
05 Mai 2023	Acte	10	frader	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Mly. Abdellah Villa Roucaline Harrouha - Tel.: 05 37 74 47 07 ICE : 00214130300020 N°: 31309824-INPE. 102050903	5/05/2023	295,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

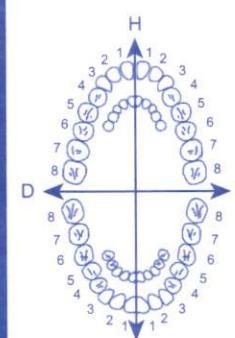
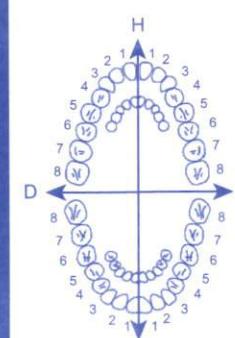
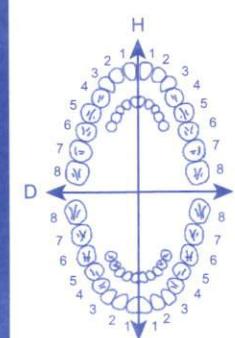
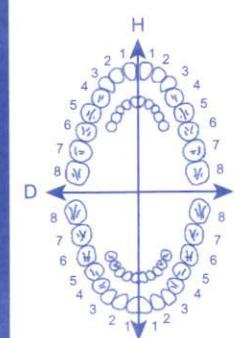
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
				<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> <td style="padding: 2px;">B</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	D	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H	25533412	21433552														
00000000	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
35533411	11433553	B														
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
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



رجاء عفيفي

مختصة في أمراض الجهاز الهضمي
المعدة - الأمعاء - الكبد

Ex. Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat

أستاذة سابقاً بكلية الطب والصيدلة

Rabat, le : ٥ Mai ٢٠٢٣ : الرباط، في :

Mme Nekaven Farida

7990

① Kalaceel

١ كبس × ٣٢٤

6020

Filterins

٢ كبس × ٣١٧

30100

③

Turmodin

١ كبس × ٥٦ درج سل

④

Henneine supp + آمن

٦٠٠ -

١ كبس بـ

١ كبس

٤٥٠ -

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harrouka - Tél.: 05 37 74 47 07
ICE : 00214130300020

INPE : 101102060008
Agdal - Rabat - Imm. 24, Appt. 9 - 3ème Etage - Av. Omar Ibn Khattab, Agdal - Rabat
Dr. Professor Rajaâ AFIFI

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 | E-mail : afifirajaa@yahoo.fr

KALMACOL

Lot: 200220
 À consommer
 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: IMODIUM 2MG GELULE
 20 Gél. 
 P.P.V: 300Dhs
 6 118000 010845

HEMOREINE

Tube de 30g
 LOT: 0778
 EXP: 03/25
 PPC: 45.00DH

Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New)



Villa 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
Harrouha - Tél.: 05 37744707
ICE : 002141303000020
X.F.: 91309824 - INPE.102050903

IF : 91309824 ICE : 002141303000020
Tel : 0537744707

Adresse : av moulay abdellah villa roucaina harhoura, temara