

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Traitement :

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- 050070

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 4651

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve ACHOUR Farid

Date de naissance : 20/02/52

Adresse : Résidence Doha - Villa 44 Route Ouzemmour  
CASABLANCA

Tél. : 0661327412 Total des frais engagés : 735,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2020

Nom et prénom du malade : Mekouar Noufissa Age :

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

Nature de la maladie : Polyarthrite Rhumatoïde

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
05/10/20	C3		20.00	<p>Dr. M. RHUMATOLOGUE</p> <p>Residence Ben Omar</p> <p>Rue Ibnou Nafiss</p> <p>Tél: 022.00.00.00</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie ANDALOUS</p> <p>394, Avenue de la République</p> <p>Casa - Tél: 05 22 21 17 86 - 05 22 82 80 31</p>	01-10-20	485,50 M

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

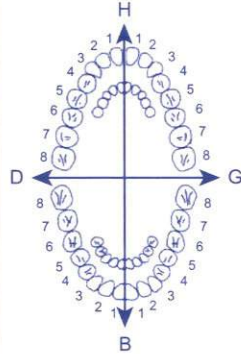
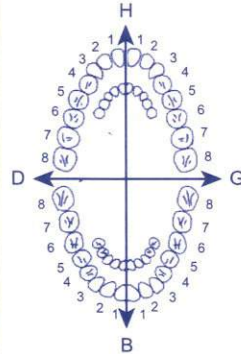
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué, indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

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**

اختصاصه في أمراض الروماتيزم

العظام - المفاصل - العمود الفقري

خريج كلية الطب بمونبولي

التطبيب اليدوي

فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le .....

*Dr. Mekki SKIREDJ*  
*Dr. Mekki SKIREDJ*

- VC - CRP - NFS

- Creatinine

- Tgo - TSP

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

**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

09/10/20

Acteur de la Nouvelle

423,80

(SV)

Injection SC / Semaine  
de 0,5 ml

2 - Acet 5 mg 30,7042  
61,50 (SV) 60 / Semaine

Dose = 3 doses

(à renouveler)

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

صيدلية أندالوس  
Pharmacie ANDALOUS  
Rachid SICHOU  
394, Angle Av. 2 Mars et St. Panoramique  
Casa Tél. 022 99 34 14 / 15

Tél. : 05 22 99 34 14 الإقامة 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





# PHARMACIE ANDALOUS

N° 001354

Je le 09.10.16  
M. le docteur Belkacem Nourine

Quantité	Désignation	P.U.	Montant
01	Delusoxale 85g	43,90	43,90
02	Acidol 90 (SV)	30,70	61,40
	(SV)		
			<u>T = 105,30</u>
Mlle le Docteur Belkacem le Docteur Belkacem le Docteur Nourine			
Pharmacie ANDALOUS 394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique Casablanca - Tél: 05 22 21 17 85 - 05 22 52 80 31			

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

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

# Méthotrexate

**Maphar**

Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaâ Casablanca  
Methotrexate biodim

5mg/2ml ai b1 mv

**P.P.V. : 30,70 DH**



6 118001 181599

**Maphar**

Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaâ Casablanca  
Methotrexate biodim

5mg/2ml ai b1 mv

**P.P.V. : 30,70 DH**



6 118001 181599

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605

**maphar**

Km 10, route côtière111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

**METHOTREXATE BIODIM 25MG AI B1**

**P.P.V. : 47DH10**



6 118001 181605