

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0037331

CHUTZ  
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0507 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : TOULLE MOSTAFA  
 Date de naissance : 01-01-1944  
 Adresse : HAYAT QOS, PER N°4591, Résidence AL FAYSA  
 IMA "E" N°6 - CASABLANCA  
 Tél. : 0673 17 15 45 Total des frais engagés : 169263 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 02 JUN 2023  
 Nom et prénom du malade : TOULLE Mostafa Age: 78  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : CASABLANCA Le : 14 JUN 2023  
 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
02 JUN 2023			630	
09 JUN 2023			6	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/06/23	858,00
	09/06/23	858,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02 JUN 2023	RK + tchou mon + genou 500/00	

**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 en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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 <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			D		B	
	H		G																									
	25533412	21433552	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																										
D		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

# Cabinet de rhumatologie

## Dr Makhchoune Mouna

Casa, le 02/06/2023

Mr TOUILE MUSTAFA

Compte rendu : Radio du genoux dt P et de la main droite F

Minéralisation osseuse normale

Ostéophyte rotulien

Un complément échographique montre une arthrite du genou avec une ténosynovite du CE

Absence d'autres anomalies post traumatique

Dr Makhchoune Mouna  
Rhumatologue  
Cabinet de Rhumatologie  
CASA

Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertebrale (sciatique)  
Les rhumatismes  
Ostéoporose et la goutte  
Rhumatologie Pédiatrique  
Echographie ostéo-articulaire



أمراض العظام، المفاصل و العمود الفقري (بوزلوم)  
أمراض الروماتيزم  
هشاشة العظام و النقرس  
أمراض الروماتيزم عند الأطفال  
فحص المفاصل بالصدى

09 JUN 2023

Mr TOUFI Makhcha

Flexima x

280,00 a 2  
149,00 a 2

S.V

T: 958,00

17g x 20

(Bmou)

Dr. MAKHCHOUNE Mouna  
Rhumatologue  
RIAD Bernoussi, Imm. C Appt n°6,  
2ème étage, Sidi Bernoussi,  
Tel.: 0522 73 44 42

LOT: 2302019  
FAB: 02/2023  
EXP: 02/2026  
PUC: 280.000H

LOT: 2303030  
FAB: 03/2023  
EXP: 03/2026  
PUC: 280.000H

LOT: 2302017  
FAB: 02/2023  
EXP: 02/2026  
PUC: 149.000H

LOT: 2302017  
FAB: 02/2023  
EXP: 02/2026  
PUC: 149.000H

Dr. MAKHCHOÛNE Mouna

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertébrale (sciatique)  
Les rhumatismes  
Ostéoporose et la goutte  
Rhumatologie Pédiatrique  
Echographie ostéo-articulaire



الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية

أمراض العظام، المفاصل و العمود الفقري (بوزلوم)  
أمراض الروماتيزم  
هشاشة العظام و النقرس  
أمراض الروماتيزم عند الأطفال  
فحص المفاصل بالصدى

C.R.R.P

02 JUN 2023

M<sup>U</sup> TOUCHE Moulfa

1/ Flexanor 500 S.P

LOT 2301065  
EXP 06 2025  
PPV 86 00

2/ Starina 500 1 cp / (107)

PHARMACIE BLOC  
GHOFRANE  
Rue 2 N° 116 Sbc (C)  
C Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

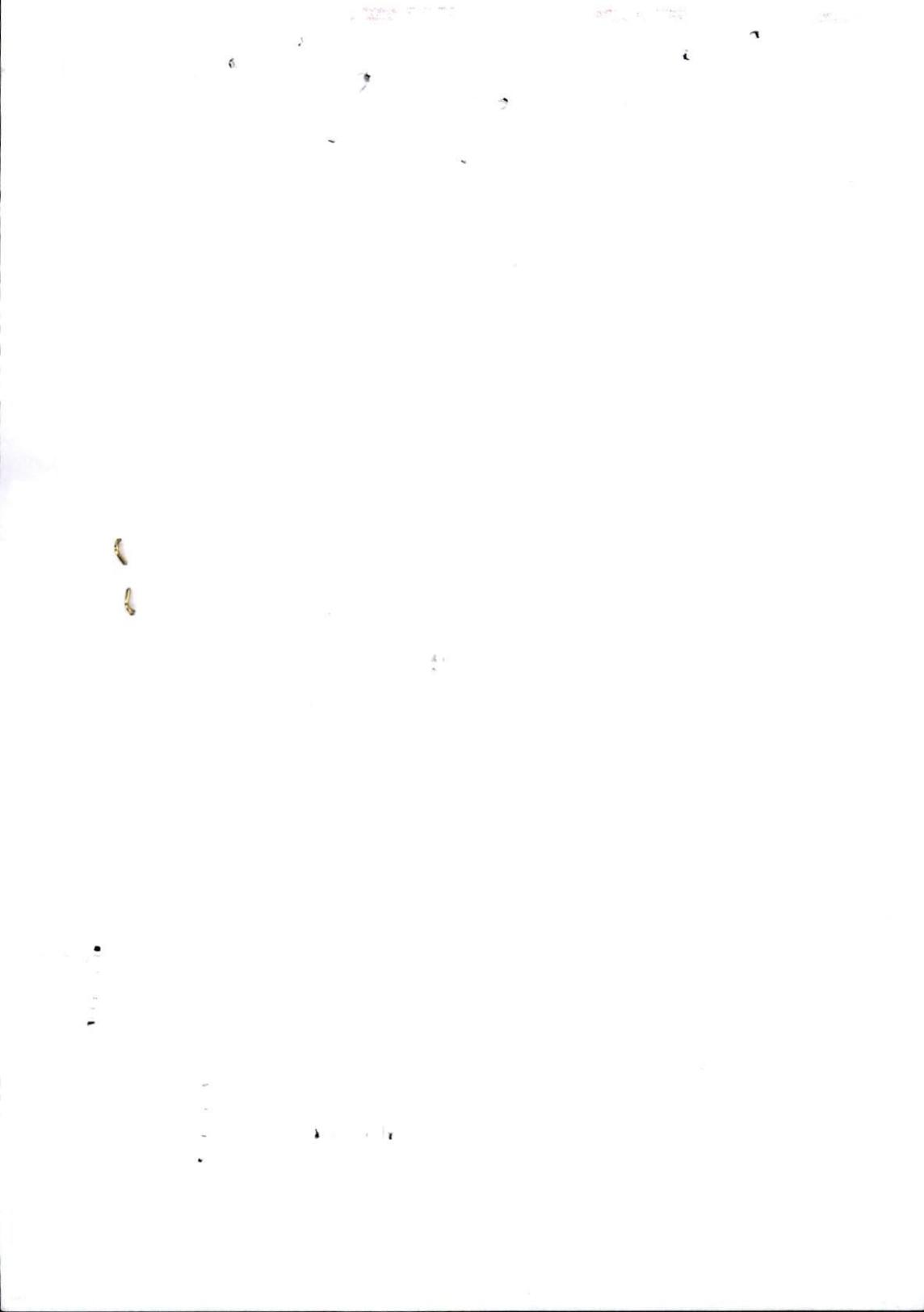
3/ Osteocare 1 cp / (Amois)

OSTEOCARE 30 CP  
PVC : 119,00 DH  
Ut Av 31/12/2026 Lot: 283169  
IPHABIOTICS

4/ Antalgen 1 cp / (S.P)

الدكتورة مخشون منى  
Dr. MAKHCHOÛNE Mouna  
Rhumatologue  
Nad Bernoussi, Imm. C Appt. N°6  
2ème étage, Sidi Bernoussi, Casa  
Tel.: 0522 73 44 42

316, 82





Cabinet de Rhumatologie

الدكتورة مخشون منى

INP : 091180489

Casablanca le 02/06/2023

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mr. TOUIL MUSTAFA

<u>EXAMEN COMPLEMENTAIRE</u>	<u>250DH</u>
<u>ECHOGRAPHIE DU GENOUX</u>	<u>250DH</u>
<i>Arrêté la présente facture à la somme de</i>	<i>500DH</i>

الدكتورة مخشون منى  
Dr. MAKCHOUNE Mouna  
Rhumatologue  
Riad Bernoussi Imm. C Appt. N°6  
2ème Etg. Sidi Bernoussi - Casa  
Tél.:0522 73 44 42