

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-441413

ND:43122

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 0009h91

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Selmanoui Malika

Date de naissance :

Adresse : Résidence El Fajje, Immeuble n° 8, Bensassi

CIN : 0621103830

Téléphone : 06 21 10 38 30

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Autre :

Signature : Selmanoui Malika

Total des frais engagés : 2548,3 Dhs

Optique

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 2020-01-16

Nom et prénom du malade : Selmanoui Malika

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Afhv rhumat

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 8/10/2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-441413

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
.....	INP : Dr. Makhchoun Moussa
2020 / 01 / 18	6	6	.....
2020 / 01 / 18	6	6	.....

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture	
.....	2020 / 01 / 18	195,10 DA	
.....	2020 / 01 / 18	1598,80 DA	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	2020 / 01 / 18	.....	600,00 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV
.....
.....
.....

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] 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	



ounâ

9PK112
04/2019
04/2021
P.P.V.273.00 MAD

منى

P.P.V. 107.30 MAD

P.P.V. 107.30 MAD

فحص المفاصيل بالصدى

C.R.R.P

Casablanca, le : 2020/01/02

Schneidli Mafida

273,00

1 gel le soir

107.30x2

3mug

188,00x3

~~1) Prasledine 300~~

(gel/)

49,70

21)

~~3) Voltasfat~~

Acht x

~~4) Abnorpase 35~~

(x10/30mg)

= 1598,130

(ياء) القدس - البرنوصي
Tél. : 05 22 73 44 42 - B118001 031016
VOLTFAST® 50 mgPoudre pour
solution orale

PPV : 49.70 Dhs

12 comprimés pelliculés
Voie oraleLOT 204809 EXP 04/24
PPV:497DH00نام الـ
bunet@hotmail.fr

URGENCE : 06 13 01 25 35

الدكتورة مخشون مني

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Rhumatologue

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



طبيبة أخصائية

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري (بوزلوم)
أمراض الروماتيزم
هشاشة العظام والنقرس
أمراض الروماتيزم عند الأطفال
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le : 2020. 16

N^o Selmaoui Maha

~~1 Diflazart 6 mg 51.50~~

~~02 q/j le mat (03)~~

~~2 Alozia 82.60~~

~~Mixox Hydrox 500 58.00~~

~~amp à boire~~

~~Joy 100~~

87.40
hydrox
HYDROXOCOBALAMINE BASE
PPV 58DH50

~~4 = 197.40 DH~~

الشافعي الزنقة 16 تجزئة (ياء) القدس - البرتوصي

Tél. : 05 22 73 44 42 - E-mail : mounamakhchoune@outlook.com

URGENCE : 06 13 01 25 35

Lot: PJ1072A
Per: 09/2023
PPV: 51DH50



Cabinet de Rhumatologie
Et Rhumatologie
Pédiatrique.

الدكتورة مخشون منى
Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Mme Salmaoui Malika

16/09/2020

Compte rendu : (rachis lombaire P/F)

Déminéralisation osseuse diffuse.

Attitude scoliotique .

Lombarthrose avancée avec tassemement ostéoporotique





*Cabinet de Rhumatologie
Et Rhumatologie Pédiatrique.*

INP : 091180489

الدكتورة مخشون منى

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Casablanca 16/09/2020

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mme. SELMAOUI MALIKA

ECHOGRAPHIE ARTICULAIRE 400DH

EXAMEN COMPLEMENTAIRE 300DH

Arrêté la présente facture à la somme de 700DH

Adresse : Boulevard Imam Chafii , Lot 1 ,N°75 ,quartier alqods Sidi Bernoussi -Casablanca .Tél : 0522
73 44 42 /06 13 01 25 35

Dr. MAKHCHOUNE MOU
En Rhumatologie et Spécialiste
Rhumatologue Pédiatrique
Mouna
Tél : 05 22 73 44 42
Hôpital Sidi Bernoussi - Casablanca
Boulevard Imam Chafii , Lot 1 , N°75 Rue 16