

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 en cours de 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

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- 0047043

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : .....

Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 077 157 8341

Total des frais engagés : .....

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHERIF BEN MOUSSA

RHUMATOLOGUE

44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél.: 0522 22 23 04

Date de consultation : 27 Octo 2020

Nom et prénom du malade : S. BACH R. M. Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite chronique

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.

Le : 30 / 10 / 2020

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
27/10/2020		2	300.00	 Dr. H. BEN MOUSSA RHMATOLOGUE 4, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux Tél.: 0522 22 23 04

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture



27/10/2020 1347,60

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

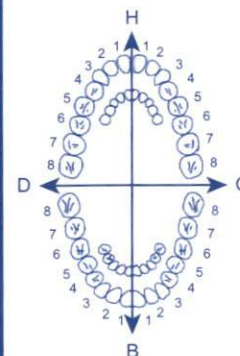
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations

Colonne Vertébrale - Muscles

et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام و المفاصل

و العمود الفقري و العضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 27 Octo 2020 في : الدار البيضاء،

1340 x 5

1 Colchic

222,00 x 3 mes

2 Structur 1000mg

180,00 x 3

3 - Fluoxet 20

34,70

4 - Zepan

10828 x 3 mes

10828

10828



Dr. CHERIF BEN MOUSSA  
RHUMATOLOGUE  
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
Tél.: 0522 22 23 04



pas si Trousseau.

2090 x 3

5. ~~Vit D~~ Vitamine D Bon (3pp)

42,20 x 31 Apres 1500 tabs / mo

6. Calcif x 2



rep = 500 x 10

14430 x 2

x 3 mg

7. Isox 200 2 bords

1341,60

21,00

rep 1 x 10



8. ONIGLON on IPP.

rep 1/2 hant 6 pill  
de jour

x 2 mg

Dr. CHERIF BEN MOUSSA  
RHUMATOLOGUE

44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
Tél.: 0522 22 23 04

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables  
6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables  
6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables  
6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables  
6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables  
6 118000 082156

13,40

13,40

13,40

13,40

13,40

Fluoxet<sup>®</sup> 20 mg  
30 gélules  
6 118000 021681

Fluoxet<sup>®</sup> 20 mg  
30 gélules  
6 118000 021681

Fluoxet<sup>®</sup> 20 mg  
30 gélules  
6 118000 021681

LOT 291673  
EXP 07 2023  
PPV 180,00

LOT 291673  
EXP 07 2023  
PPV 180,00

LOT 291673  
EXP 07 2023  
PPV 180,00

180,00

180,00

180,00



PPV : 34DH70  
PER : 04-23  
LOT : J1282

Zepara 6 mg  
30 comprimés bâtonnets  
quadriscabes  
6 118000 040873

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ISOX<sup>®</sup> 200 mg  
Célécoxib  
20 gélules  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 242444

ISOX<sup>®</sup> 200 mg  
Célécoxib  
20 gélules  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 242444

LOT 291673  
EXP 07 2023  
PPV 144,30

LOT 291673  
EXP 07 2023  
PPV 144,30

144,30



CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Remboursable AMO  
6 118000 021407

CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Remboursable AMO  
6 118000 021407

CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Remboursable AMO  
6 118000 021407

42,20

42,20

42,20

STRUCTUM 800MG 60 GS  
MAPHAR  
P.P.V. : 222,00 DH