

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.

Diagnostique 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

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

Dos n° N° P19- 064536

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0507 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUILLÉ MOSTAFA
Date de naissance : 01-01-1944
Adresse : HAY AL QODS - BORDJ BOU - Rés. AL FAJR
IMM. E. EL WARD N-6 ERSA
Tél : 06 73 17 15 45 Total des frais engagés : 1340,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 FEB 2021
Nom et prénom du malade : M. TOUILLÉ Mostafa Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection 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.

Fait à : ERSA AL FAJR
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
13 FEV. 2021		5 250		
23 FEV. 2021		9		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.10.21	291,10
	23.10.21	550,00
	23.10.21	549,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13 FEV. 2021	300	

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MAKHCHOUNE M

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertébrale (Sciaticques)
Les rhumatismes
Osthéoporose et la goutte
Ehumatologie Pédiatrique
Echographie ostéo-articulaire

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/INPR

6 118001 272228
PPV : 20,90 DH



الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية

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

Casablanca, le : 13 FEV. 2021

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 580DH50

LOT: 20N024 EXP: 10/23
PPV: 109DH20

AMM N°: 569/17 DMP/21/INPR
LOT: 20016
PER: 10/2022
PPV: 52,80 DH

الدكتورة مخشون منى
Dr. MAKHCHOUNE Mouna
Rhumatologue

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49,70 Dhs

الإمام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (بياء) القدس - البرنوصي

Tél. : 05 22 73 44 42 - E-mail : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE : 06 13 01 25 35

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertébrale (Sciaticques)
Les rhumatismes
Osthéoporose et la goutte
Ehumatologie Pédiatrique
Echographie ostéo-articulaire



الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري (بورلوم)
أمراض الروماتيزم
هشاشة العظام والتهقوس
أمراض الروماتيزم عند الأطفال
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le : 23 FEB. 2021

Mr TOUL E Mousk

183

1) Flexomc 1 gel / 1 Bmoir /

Supra

PHARMACIE GHOFANE
BLOC 2 N° 116
Al Gade - Bernoussi
Tél: 022 73 26 31 - Casa

الدكتورة مخشون منى
Dr. MAKHCHOUNE Mouna
Rhumatologue
Rhumatologie Pédiatrique
Urgence: 06 13 01 25 35

Lot: FTB05/20
DLC: 05/2023
P.P.C : 183,00 DH

Lot: FTB05/20
DLC: 05/2023
P.P.C : 183,00 DH

Lot: FTB05/20
DLC: 05/2023
P.P.C : 183,00 DH

مام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (ياء) القدس - البرنوصي

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

URGENCE : 06 13 01 25 35



Casablanca, Le 23/02/2021

TOUILE MOSTAFA

FACTURE N°F 21/00061:

Art.	Désignation	Qté.	P.U.H.T	P.T.H.T
1	* Ceinture lombaire	1	458,33	458,33
TOTAL H.T				458,33
T.V.A 20%				91,67
TOTAL T.T.C				550,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS TTC .

GEOMED SARL
Equipement Médical de Travail
45, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 20 54 35 / 36 - Fax : 05 22 20 54 37
Tél : 05 22 20 54 35 / 36 - Fax : 05 22 20 54 37
E-mail : geomedmaroc.ma
Site web : www.geomedmaroc.ma

Distributeur Exclusif  **BIOLIGHT**  **SaverOne**  **Ambu**  **Sibelmed**  **SPENCER**

7, Rue Abou BAKR Med IBN ZAHR (Ex. Rue General Spik)
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 05 22 20 54 35 / 36 - Fax : 05 22 20 54 37
E-mail : geomedsarl@menara.ma - Site web : www.geomedmaroc.ma

S.A.R.L. Au Capital de 3.000.000,00 Dhs
R.C. : 166359 - Patente : 37908077
I.F. : 1024260 - C.N.S.S. : 7540893
ICE : 001536964000027



*Cabinet de Rhumatologie
Et Rhumatologie Pédiatrique.*

INP : 091180489

الدكتورة مخشون منى

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Casablanca 13/02/2021

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mr. TOUILE MOSTAFA

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

300DH

Arrêté la présente facture à la somme de

300DH

