

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 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.

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

242360

Déclaration de Maladie : № P19-0005712

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 02658 Société : 12417

Actif

Pensionné[e]

Autre :

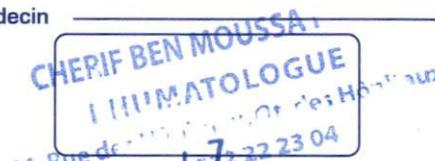
Nom & Prénom : MENIAR EL MENIAR Date de naissance : 30/06/1952

Adresse : Casablanca

Tél. : 0672 833390 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2009

Nom et prénom du malade : EL MENIAR Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

EL NICKY PREGNANCY

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] :

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
10/07/2025	11111111111111111111111111111111	2	30000	CHERIF BEN MOUSSA 11111111111111111111111111111111 Le 10/07/2025 Tel: 0522 222304

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE ELLODS DR. OTHMAN BENIAR Bâtissement A Bldg 9 Derou Tél 020 040 412</i> <i>S</i>	27/09/22	784,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
NEB FOUZIR ésothérapeute N° 6-Sid Maârouf INPE : 065084878	23/12/22					1200 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553		Montants des soins
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis												
				Date de l'exécution												

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



حسناة شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصد

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 27 Sept 2022 الدار البيضاء، في :

EL ALNAYA LINEAR

1. Complex ١٤٩,٥ دينار
+ ٣ ملا ٢٤٣,٥ دينار

2. Duo xol ٣٧,٠ دينار

3. Kobin rub Johnson ٧٨٤,٥ دينار

44، زنقة المستشفيات (المام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05 22.22.23.04

البريد الإلكتروني : E-mail : hasnaab5@hotmail.com



6 111261 640073

Lot :

A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

VT333
05/2025

A consommer de
préférence avant le :
PPC : 149,50 DH

111261 640073

VT235

04/2025
avant le :

149,50 DH

61 640073

VT235
04/2025



6 111261 640073



111261 640073

Lot :

A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

VT235

04/2025

r de
e avant le :
149,50 DH

VT235

04/2025



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 والمفاصل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 27 Sept 2022 الدار البيضاء، في :

El Aminia MENTAR

an those service
of the

RC

f - SP 12 years old
had pain in the back
since the onset of the
recently 2 months

CHERIF BEN MOUSSA,
KINÉSITHÉRAPEUTE
Lot Falaj N°6-Sidi Maârouf

44، زنقة المستشفيات (امام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف.الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05 22.22.23.04

E-mail : hasnaab5@hotmail.com البريد الإلكتروني :

CALENDRIER

isablanca le : 23.12.22

Mr/MME : EL MENTARI MENIAR

NB Seances	Date
01	03-10-22
02	05-10-22
03	08-10-22
04	10-10-22
05	12-10-22
06	14-10-22
07	17-10-22
08	19-10-22
09	22-10-22
10	25-10-22
11	28-10-22
12	02-11-22
13	
14	
15	

NB Seances	Date
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

ZINEB FOUZIR
Kinésithérapeute
Lot Faraj N° 5 Sidi Maârouf

re FARAJ de rééducation
aménagement
araj N°G RDC
Maârouf
sblanca

Contact
Fouzir Zineb
Tel: 06-45 24-26 32
Fixe : 05-22-58-08-80
zineb.fouzir@gmail.com

Info supp
Patente 36100058
IF 24847250
ICF 001993644000016



Zineb Fouzir

kinésithérapeute diplômée d'état

Rééducation fonctionnelle
Réadaptation a l'effort
Massage relaxant

CASABLANCA LE

23/12/2022

FACTURE N135

Nom: EL MENIARI

Prénom: MENIAR

Médecin traitant: DR CHERIF BEN MOUSSA

Diagnostic: REEDUCATION DU RACHIS CERVICAL

NB de séances: 12

Total: 12*100,00DH 1200,00DH
*ZINEB FOUZIR
Kinésithérapeute
Lot Faraj N°6 Sidi Maarouf*

Centre Faraj de rééducation
Lot Faraj n°6
Sidi Maarouf
Casablanca

Contact
Zineb Fouzir
0645242632
zineb.fouzir@gmail.com

Info Supp
Patente : 56100058
IF : 24847250
ICE : 001993644000016
INPE : 065034878