

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 : N° P19-0005712

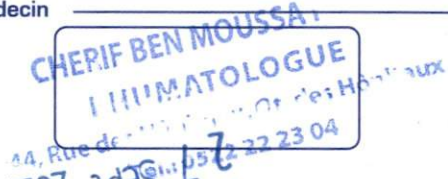
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : R 417
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MENIAR EL MENIAR Date de naissance : 30/06/1952
Adresse : Casab France
Tél. : 0572 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 : GICOP P 85112
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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | 2 | 3000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 27/09/22 | 784,50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

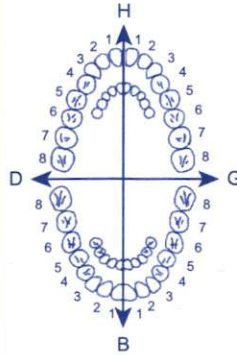
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 23/10/22 | | | | | 12000H |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

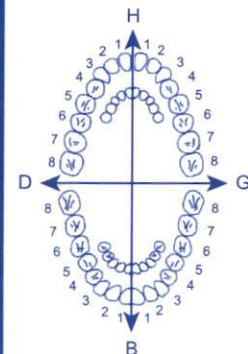
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | | |
|--|-------------------------|--|
| | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | | |
| | 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. Hasnaa **CHERIF BEN MOUSSA**

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



.. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

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

LE ALVARO ALVARO

1. Curaflex

149,50 x 5

150

x 3mg

747,50

2. Duo xol

37,00

3

CHERIF BEN MOUSSA
RHEUMATOLOGUE

Roben tub 100mg

784,50

2 day x 2

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

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

CURAFLEX[®] FLEX[®] FLEX[®]
Collagène - Acide hyaluronique Sachets Sachets Sachets



6 111261 640073



111261 640073



61 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

VT235

04/2025

avant le :

PPC : 149,50 DH

VT235

04/2025

CURAFLEX[®] AFLEX[®]
Collagène - Acide hyaluronique Sachets Sachets



6 111261 640073



111261 640073

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

VT235

04/2025

de
avant le :

PPC : 149,50 DH

VT235

04/2025

DUOXOL 500mg/2mg
boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00

DUOXOL 500mg/2mg
20 comprimés



6 118000 120735

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

LE MENAR MENAR

ac
an those surgical
oblique

f - sup 12 years of
neurological de veli

surgical de dorsal
recovery of 2 epaules

17

CHERIF BEN MOUSSA
KINÉSITHÉRAPEUTE
Lot Fataj N°6-Sidi Maârouf

CALENDRIER

Isablanca le : 23-10-22

Mr/MME : EL MENIARI 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°6 Sidi Maarouf

re FARAJ de rééducation
amincissement
araj N°6 RDC
Maarouf
ablanca

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 à 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*100,00DH1200,00DH

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