

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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**

Nº P19- 067545

ND: 30508

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : ..... 1041 ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 1020 ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

### **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie Nº P19-067545

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 : .....

# 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 Allai Ben Abdellah - Sème Etage Angle Rue Mohamed Fakih et Rue Allai Ben Abdellah - Quartier du Maroc Casablanca 20001 - Tel : 05 22 20 15 45 (00) - Fax : 05 22 22 78 18 - Web : mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-496478

### Maladie

### Dentaire Cadre réservé à l'adhérent(e)

### Optique

### Autres

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :

Dr.CHERIF BEN MOUSSA HASNAH

RHUMATOLOGUE

44, Rue des Hôpitaux, Ot. des Hôpitaux

Date de consultation :

24/11/2004

Nom et prénom du malade :

El-Baoud Andos

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatisme

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/11/2004

## VOLET ADHÉRENT

### Déclaration de maladie

N° W19-496478

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficience	Motifant détaillé	Cachet et signature du Médecin	Attestant le paiement des Actes
24/12/2022	5	305 PERIPLASTIQUE	URGENCE	NR 09162458	NR 09162458
12/05/2022					
EXECUTION DES ORDONNANCES HUMATOLOGUE					
PHARMACIE DE LA BOUTIQUE DES HOPITAUX					
PHARMACIE DE LA BOUTIQUE DES HOPITAUX					
EXECUTION DES ORDONNANCES HUMATOLOGUE					
PHARMACIE DE LA BOUTIQUE DES HOPITAUX					
PHARMACIE DE LA BOUTIQUE DES HOPITAUX					
ANALYSES - RADIographies					
Laboratoire de la clinique de l'ouest					
Date	Designation des échantillons	Coefficients	Motifant	des Honoraires	Signature et date de l'échantillon
28/04/2022	13660	500,00			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Date des Soins	Nombre	Soins	AM PC IM IV	Motifant détaillé	Cachet et signature
10/05/2022	500,-	soins de suite			

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 والمفاصيل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 24/11/2002 الدار البيضاء، في

Reçu par Dr. Hasnaa Cherif

~~DOCTORATE~~  
~~Maladies des Os-Articulations~~  
~~Colonne Vertébrale - Muscles~~  
~~et Tendons~~  
~~Tél. 05.22.22.23.04 - Fax: 05.22.23.04~~

Orthese pour poignet

soit 10 francs = 1000

6 mois

CHERIF BEN MOUSSA HASNAA

RHEUMATOLOGUE

44 Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél. 05.22.22.23.04

44 ، زنقة المستعجلات ( أمام 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

ORDONNANCE

Le : 12 / 5 / 2020

NADRY Aicha ep EL BAOD

196,20

CRESTOR

1 cp

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 196,20 DH

6 118001 183104

x 3 mois.

DR.CHERIF BEN MOUSSA HASNAÄ

RHUMATOLOGUE

Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél: 0522 72 23 04

Signature

Permanence TAM  
Dr. Bernani Jaffer  
102, Bd Oued Sebou - Oulfa  
Casablanca  
Tél: 0522 90 18 99

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 والمعاصل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le ٢٤/٤/٢٠١٣ الدار البيضاء، في

R. EL BAOUD Melha

Pharmacie TAM

Dr. Bennani Jaafar

302, Bd Oued Sebou - Oulf

CASABLANCA

Tél: 0522 9018 99

٤٩٦٠

→ ١) Dens ٤٩٦٠

· Apothe ١ mes

· ٣ Apothe à ٣mes

١٤٨,٥٥٧٢

2) Cartexan 400

١٤٩,٢ ٤٩٦٠ ٣mes

٢٢,٥٥

3) Cedol

١٤٩,٢ ٤٩٦٠ ٣mes

44، زنقة المستعثثات (جامع 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

4) Fluroxel 20  
180160  
~~PHARMACIE TAM~~  
548160  
ags FTOUR

S.V.  
TAM

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASNA  
RHUMATOLOGUE

11 Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôp.

Tél: 0522 22 23 04

Pharmacie TAM

Dr. Bennani Jaafar

302, Bd Oued Sebou - Oull

CASABLANCA

Tél: 0522 90 18 99

A et M.

LOT: 191836  
PER: 11-2023  
PPV: 217,00DH

LOT: 191836  
PER: 11-2023  
PPV: 217,00DH

22,00

LOT  
EXP 20.02.21 1  
01.2023  
180,00

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20002  
EXP: 03/2023

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 والمعارض  
والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : ..... ٢٤ / ٤ / ٢٠٢٣ الدار البيضاء، في

L-L BAABO Ado.

Chakhl

THOLI

TG

TS 4

1 1

جـ ٥٦

١٤٥ مـ

٣٩

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

KARIM LAB

432, Angle Bd. Oum Rabii et Oued Daraa  
Quartier El Oulite - Casablanca  
Tél : 0522 932 120 / 0622 89 43 24 / 0522 89 23 75  
Fax : 0522 93 21 51

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASNAA

RHUMATOLOGUE

11, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél. 0522 22 23 04

Mme NADRY Richa Ep El Ba  
01-01-1982  
2004280027  
A coller sur l'ordonnance

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 الإلكتروني : E-mail : hasnaab5@hotmail.com



**Dr. Amal KARIM**

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V  
Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris  
DU Assurance Qualité Paris V

**FACTURE N° : 200400405**  
ICE : 001602781000008

Casablanca le 28-04-2020

**Mme NADRY Aicha Ep El Baod**

Demande N° 2004280027  
Date de l'examen : 28-04-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait prélèvement	E10	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B

Total des B : 660

**TOTAL DOSSIER : 900.00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cents dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
**KARIMLAB**  
432, Angle Bd. Oum Rabii et Oued Darâa  
Quartier El Oulfa - Casablanca  
Tél : 0522 932 120 / 0522 89 43 24 / 0522 89 23 75  
Fax : 0522 93 21 31

\* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00 \* Prélèvement à domicile sur rendez-vous

432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca  
05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 06 61 61 46 29 05 22 93 21 31 karimlab2005@yahoo.fr  
Autorisation : 4928 • CNSS : 6974332 • IF : 51505825 • Patente : 36000461 • ICE : 001602781000008 • INPE : 093002301



# DUO MEDICAL

Equipement Médical, Paramédical  
Orthopédie, Appareil diabète,  
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2020192

DATE	CLIENT	PAGE
29/06/2020	P004	1

MME NADRY AICHA

CASABLANCA

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
CO-074	ORTHESE POIGNET ET POUCE	2	250.00	500.00	20.00

REGLÉ

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

cinq cents dirhams

DUO MEDICAL  
Résidence Abouab Oum Errabii  
Magasin N° 8 - El Oulfa - Casablanca  
Tél.: 0522 91 05 52/90 40 34 - Fax : 0522 91 08 53  
GSM : 06 81 43 71 99

TOTAUX	NET A PAYER
H.T. : 416.67	500.00
T.V.A. : 83.33	



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9  
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935  
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469  
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024  
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34  
+212 522 91 08 52  
Fax :+212 522 91 08 53  
Lhaj-hamid@hotmail.fr