

## 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 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-après 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.



145885

Déclaration de Maladie : N° S19-0005075

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1141 Société : RAN.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BADOUSSE DUMA Date de naissance : 12.11.21  
Adresse : Rue Ahmed Chacir Résid VAL D'AFRIK  
Tél : 866897353 Total des frais engagés : 116.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

LOUKAK Mohamed  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
Diplômé de l'Universitéorraine France  
886, Avenue Med. VI Casablanca  
Tél: 0522 834 000 0522 094 068

Date de consultation : 05 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade : 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 : CASABLANCA

Le : 05 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
05/11/13	600	1	262,50	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MIMA Mme B. M. Lham Docteur Pharmacie Rue 40 Drissia I - Casablanca Tél: 80.07.60	05/11/2013	226,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/10/13	Rachis complet F/P Coxa Muc 3x120	640,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

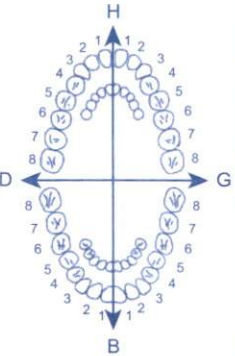
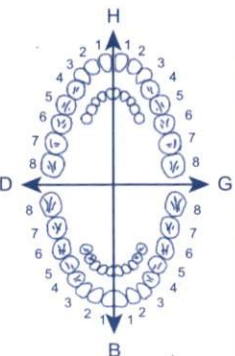
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed LOURAK

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France)  
Ancien Interne de spécialité de CHU de Nancy  
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

- Chirurgie Prothétique (Epaule, Hanche, Genou....)
- Chirurgie Arthroscopique
- Médecine et Traumatologie du Sport

# الدكتور محمد الوراق

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بنانسي  
جراح سابق بمستشفيات فرنسا

- جراحة الكتف، الورك، الركبة....
- جراحة المفاصل بالمنظار
- الجراحة و الطب الرياضي

Casablanca le : .....

05/01/2023

## Ordonnance

Nr FARIS Mohamed Reda

66.80

Voltaire 50

S.V

14x21x80

53.10 Relaxol

S.V

1/2 - 1/2 - 0 - 1/1

codolipax

22.20

14x31

Pharmacie MIMA

Mme BENHANI Ilham

Docteur en Pharmacie

Rue 40 Drissia - Casablanca

Tél: 80.07.00

46.00

Elocco

S.V

38.20

Difol 125/50

S.V

866, Avenue Mohamed VI - Casablanca (Au-dessus de Pharmacie Méditerranée)

Tél. : 05 22 834 834 / GSM : 06 240 280 68 / E-mail : [lourakortho@gmail.com](mailto:lourakortho@gmail.com)

226.30

866, Avenue Méd. VI - Casablanca  
Tél: 0522 834 834 / GSM: 06 240 280 68

LOT: M22080  
P.P.V.: 66,80 DH  
P.P.V.: 66,80 DH

LOT: 22E10  
PER: 03/2025

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820

P.P.V.: 53DH10



6 118000 060833

PPV 22DH20  
PER 10/24  
LOT L3662



PER 31/24  
P.P.V. 46DH00 4600



**DIFAL®**

Diclofénac sodique - Gel 1%  
Tube de 50 g

P.P.V.: 38,20 DH



6 118000 191353



# Docteur Mohamed LOURAK

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France)  
Ancien Interne de spécialité de CHU de Nancy  
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

- Chirurgie Prothétique (Epaule, Hanche, Genou....)
- Chirurgie Arthroscopique
- Médecine et Traumatologie du Sport

# الدكتور محمد الوراق

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بنانسي  
جراح سابق بمستشفيات فرنسا  
- جراحة الكتف، الورك، الركبة....  
- جراحة المفاصل بالمنظار  
- الجراحة و الطب الرياضي

Casablanca le : 05/01/2023

## Ordonnance

Mr FARIS Mounir Redo

Rx radié entier  
(Fof)

Dr. Belhaj Soulam Abdelhak  
Médecin Radiologue

LOURAK Mohamed  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
Diplômé de l'Université Lorraine France  
866 Avenue Méd. VI - Casablanca  
Tél: 0522 834 834 - GSM: 06 24 280 68

M U P R A S

N° Admission : 23000243 N° Facture : 23000281 Date facturation: 09/01/2023

Nom et prénom du patient : Mr **FARES MOHAMED REDA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS COMPLET F+P CASSE 1INC 30X120	1.00	640.00	640.00
		Sous-Total	640.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Six cent quarante dirhams**

**Total : 640.00DH**

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	640.00 DH
PC N° :		

Casablanca, le 07 Janvier 2023

**DR LOURAK MOHAMED**

**ENF. FARES MOHAMED REDA**

## **COMPTE RENDU**

### **RADIOGRAPHIE DU RACHIS ENTIER FACE ET PROFIL**

- Scoliose dorsolombaire à convexité gauche avec angle de Cobb mesuré à 6° entre le plateau supérieur de D8 et inférieur de L1.
- Courbure rachidienne conservée sur le profil.
- Pas de bascule du bassin.
- Risser côté à 4.

**DR A. BELHAJ SOULAMI**

