

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0025951

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1802 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DRISSI OUAFAA  
Date de naissance : 28/07/51  
Adresse : 39 RUE ELHOUDHOUD -  
CASABLANCA  
Tél. : 0522471843 Total des frais engagés : 206,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : DRISSI OUAFAA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : OSTEO ARTICULAIRE  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 07/04/23  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
7 FEV 2023	2		300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/23	120,8

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/02/23	R. Basin F Dr. Hanchep	380 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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

# Docteur Chakib HAFDI

Ancien Assistant- Chef de Clinique au C.H.U de Montpellier  
Membre Titulaire du Collège Français  
des Chirurgiens Orthopédistes  
Membre Titulaire de la Société Française  
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

C.E.S. Chirurgie Générale  
C.E.S. Médecine du Sport  
D.E.M. Relatives à la Réparation Juridique  
du Dommage Corporel

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE

## الدكتور شكيب حافضي

رئيس عيادة (سابقاً) بالمستشفى الجامعي بمونبيلي  
عضو رسمي بالمجمع الفرنسي للأطباء الجراحين المجبرين  
عضو رسمي بالجمعية الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

شهادة التخصص في الجراحة العامة

شهادة التخصص في الطب الرياضي

شهادة التخصص في التقويم العدلي

للأضرار الجسدية

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

وجراحة اليد

تقويم الإعوجاج العضوي للأطفال

17 FEB 2023

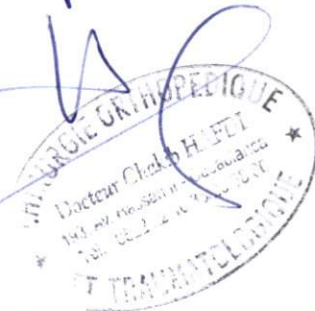
Casablanca, le : .....

7me - Driss OJAFAA

Dr Lebou d

Dr Hancie d'ort et  
gencie d'afil

Radiologie LA WILAYA  
2 Rue d'Agadir Agde Rd Hassan II  
Tél.: 0522 49 73 73 - CASABLANCA



193, Avenue Hassan II - Casablanca 20140 - الهاتف: 0522.22.16.35 / 0522.26.38.60 - الفاكس: 0522.49.02.82 - النقال: 0661.14.33.36

193, Avenue Hassan II - Casablanca 20140 - tél : 0522.22.16.35 / 0522.26.38.60 - Fax : 0522.49.02.82

Urgence : 0661.14.33.36 - Domicile : 0522.39.14.81 - E-mail : drchakibhafdi@gmail.com



# Docteur Chakib HAFDI

Ancien Assistant- Chef de Clinique au C.H.U de Montpellier  
Membre Titulaire du Collège Français  
des Chirurgiens Orthopédistes  
Membre Titulaire de la Société Française  
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

C.E.S. Chirurgie Générale  
C.E.S. Médecine du Sport  
D.E.M. Relatives à la Réparation Juridique  
du Dommage Corporel

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE

## الدكتور شكيب هافدي

رئيس عيادة (سابقاً) بالمستشفى الجامعي بمونبيلي  
عضو رسمي بالمجمع الفرنسي للأطباء الجراحين المجبرين  
عضو رسمي بالجمعية الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

شهادة التخصص في الجراحة العامة

شهادة التخصص في الطب الرياضي

شهادة التخصص في التقويم العظمي

للأضرار الجسدية

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

وجراحة اليد

تقويم الإعوجاج العضوي للأطفال

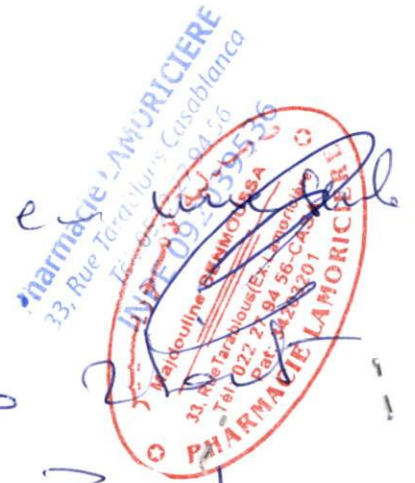
Casablanca, le 18 FEB 2023

The Missi OJAFIA  
1's

1) & luffed 20  
30x legistru e  
14.6x2 fine  
2) Doliprane 1's

49.00 1 by  
3) Bulmazol 1's

12630 1's



Lot/Batch: 1PV9A  
Fab./mfg.: 02/2022  
EXP: 01/2025

**Solupred® 20mg**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V: 48,70 DH

6 118000 060536

BELMAZOL® 20 mg  
14 gélules  
6 118000 070122

14 برشامة  
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

49,00

بلمزول  
أو ميبرازول  
ملغ 20

**دوليبيران®**  
ملغ 1000

بارا صيطامول

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى



الكبار  
ابتداء من  
15 سنة

LOT L3829  
PER 11/25  
IPV 14DH60

**دوليبيران®**  
ملغ 1000

بارا صيطامول

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى



الكبار  
ابتداء من  
15 سنة

LOT L3829  
PER 11/25  
PPV 14DH60

## F A C T U R E

N° de l'admission : 23001067 N° Facture : 23001052 Date facturation : 18/02/2023

Nom et prénom du patient : **OUAFAA DRISSI**

Convention :

ICE :

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 18/02/2023 Sortie: 18/02/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX BASSIN F, RX HANCHE P			380.00
		Sous-Total	<b>380.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Trois cent quatre-vingt dirhams**

**Total : 380.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

Radiologie LA WILAYA  
2, Rue d'Agadir Angle Bd Hassan II  
Tel.: 0522 49 373 - CASABLANCA



**Dr. M. ALAOUI BOUHAMID**

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire  
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 18 Février 2023

Nom et prénom: DRISSI OUAFAA

MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR HAFDI CHAKIB

EXAMEN REALISE : RX BASSIN F + HANCHES PROFIL

**RESULTATS :**

- Minéralisation osseuse conservée.
- Condensation et irrégularité des berges des articulations sacro-iliaques.
- Discrète ostéophytose des ailes iliaques et des tubérosités fémorales.
- Pas de lésion lytique ou ostéocondensante suspecte.
- Respect des articulations coxo fémorale et de la sphéricité des têtes.
- Absence d'anomalie significative des parties molles.

Cordialement

En vous remerciant de votre confiance DR M.ALAOUI BOUHAMID

**Dr. M. ALAOUI BOUHAMID**  
Médecin Radiologue