

## 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.



160087

Déclaration de Maladie : N° S19-0000890

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HARAKAT Wajda Date de naissance : 25/06/1974  
Adresse : Dar Dalak, Rue Abdel Azouzi, 02 Casablanca  
Tél : 0663 444 000 Total des frais engagés : 709,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/05/2023  
Nom et prénom du malade : HARAKAT WAFIA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affectif  
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 : 05/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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
20/04/23	C		500,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LA SOURCE</b> <b>DR. EL MOUANNI MOUNA</b> 6-7 Rue Al Feserdoune CIL - Casablanca Tél: 05.22.39.22.85 / 05.22.39.20.69	20/04/23	209,2

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

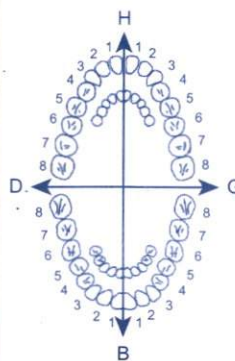
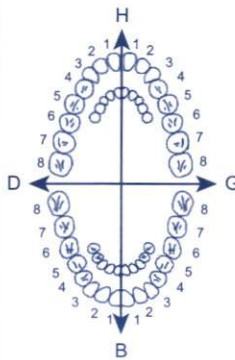
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur AFIFI Adnane**

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**

**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**

**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN**

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

Casablanca, le 20/04/2023

**PHARMACIE LA SOURCE**  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

**HARAKAT Wafa**

79.7  
**ZITHROMAX**

1CP PAR JOUR, pendant 3 jours

62.7  
**UROSTA**

3CP PAR JOUR

66.8  
**VOLTARENE** 70 mg

2CP PAR JOUR

209.2  
**PHARMACIE LA SOURCE**  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

**Dr Adnane AFIFI**  
**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE ET MAMMAIRE**  
8, rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - (Quartier Racine)  
Tél: 0522 364 354 - Fax: 0522 364 355

UT.AV. : 00 00 00 00

P.P.V.

**ZITHROMAX** 500 mg

3 comprimés

6 118000 250500

**UROSTA**

Cloxybutyline 5 mg

60 Comprimés secs

6 118000 0400

PPV: 62DH70  
PER: 07/24  
LOT: K1568

**Voltaire** 50 mg

30 comprimés enrobés

6 118000 220183

LOT: M20226  
EXP: NOV 2024  
PPV: 66.80 DH

**Docteur AFIFI Adnane**

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**

**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**

**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN**

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

20/04/2023

**HARAKAT Wafa**

**NOTE D'HONORAIRE**

Actes	Montant
Consultation	500,00
<b>Total :</b>	<b>500,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**CINQ CENTS DIRHAMS**

**Dr Adnane AFIFI**  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8. rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - (Quartier Racine)  
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355