

**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**

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **7392** Société : **116230**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **M. MOUTI SOUAD**

Date de naissance : **13/06/62**

Adresse :

Tél. **0658573246** Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/05/22**

Nom et prénom du malade : **Souad** Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Conarthrose Lorte**

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
11/04/22	2111 chous	9.90		
26/04/22	1115 aut. chous	6.00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/04/22	2395,80
	11/04/22	46,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

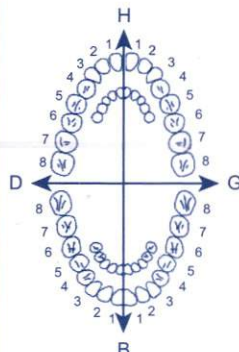
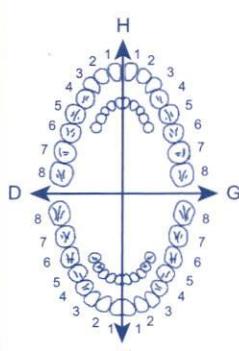
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Lot N°: 2002438  
EXP: 04-2023  
PPV: 139,00 DH

Lot N°: 2002438  
EXP: 04-2023  
PPV: 139,00 DH

Lot N°: 2002438  
EXP: 04-2023  
PPV: 139,00 DH

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

PHARMACIE OUM ERABILI  
D. Abdennaceur  
49, Boulevard OUM ERABILI  
CASABLANCA - Tél: 05 22 94 59 45 - Fax: 06 61 50 54 12

Casablanca, le 14/04/2022

ZENITH Pharma  
AMM N° 558/17 DMP/21/NRC  
118001 271214  
PPV: 283,00 DH

283.00 x 3

Dr H. Abdennaceur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique  
27, rue Jalal Eddine Assayouti, Place des Iris Casa  
Tél: 05 22 94 59 45 - Fax: 06 61 50 54 12

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRC  
118001 271214  
PPV: 283,00 DH

139.00 x 3

Donna K

320.00 x 3

+

Gemma Kida

56.60 x 3

4

Dyportin

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRC  
P.P.V: 56.60 DH

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRC  
P.P.V: 56.60 DH

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRC  
P.P.V: 56.60 DH

PPC: 320,00 DH  
PPC: 320,00 DH  
PPC: 320,00 DH

22, rue Jalal Eddine Assayouti, Place des Iris Casa  
Tél.: 05 22 94 59 45 - GSM: 06 61 50 54 12 - E-mail: naceurharfaoui@gmail.com

2395,80





صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabii

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE N° 008509

V / C N° : .....

Client : *ME MOUTI SERRAD* *M<sup>le</sup> 7392* Casablanca, le : *11/7/22*

Quantité	DESIGNATION	P.U.	TOTAL
<i>1</i>	<i>Mycodylin</i>	<i>36,-</i>	
<i>1</i>	<i>Supercin</i>	<i>10,-</i>	
		<i>46,-</i>	

**PHARMACIE OUM ERRABII**  
**Dr. Adnane BIDAH**  
49, Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI EL OUDJ  
CASABLANCA - Tél : 05 22 90 88 72 - Fax : 05 22 90 12 60

Lot N° :  
EXP :  
PPV : *36,00*

*10,00*

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le : 11/04/2022 في الدار البيضاء

Reçu

Reçu de 7e Tourti Souad  
la somme de 2000,- HT pour  
injections intra articulaires

**Dr HARFAOUI Abdennaceur**  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique  
27, Rue Jalal Eddine Assayouti - Casablanca  
Tél. Fax: 05 22 94 59 42 - 50 54 12  
- Place des Iris - Casablanca