

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

rtique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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.

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.

JPRAS : 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

N° W21-690836

124541

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1809 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DRISSI OUAFAA
 Date de naissance : 28/07/51
 Adresse : 89 Rue ELHOUHOUD - CASABLANCA
 Tél. : 0599471843 Total des frais engagés : 1091,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : DELAUC OUAFAA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : OSTEOARTICULAIRE
 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 : 05/07/29
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
			3 500,4	INF 091078706

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBN HAYANE ZOUGARILAGHRARI ABDESLAM Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca Tél: 0522 26 40 21 ICE: 001547302000067	02/02/2022	121,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

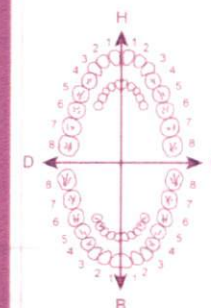
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/02/2022	6000H 222 +222	6000,4

AUXILIAIRES MEDICAUX

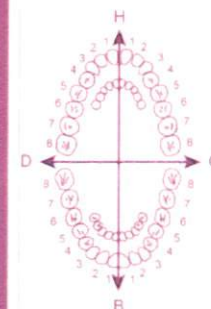
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

EXP :
PPV :

49,00

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANT
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة
Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

SOLUPRED 20 MG
CP EFF B20
PPV : 58,40 DHS



PPV : 14 DH 00
PER : 04/25
LOT : L158A

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 العُدلي
للأضرار الجسدية

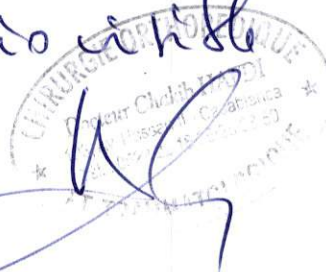
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
وجراحة اليد
تقويم الإعوجاج العضوي للأطفال

Casablanca, le : 02.07.2022

Mr OJASAN Drissi

Rx 2 épaules. de Face
720 + 720

Interpretation =
Absence de lésion osseuse
articulaire radiocible



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 العظمي

للأضرار الجسدية

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

وجراحة اليد

تقويم الإعوجاج العضوي للأطفال

Casablanca, le :

02 JUL 2022

INPE 091 020200
Note de Honoraires.

Que - OJAF-AA Drissi

Consultation 2 3000M

Radiographies
20172 | 6000M

Total = 9000M



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 ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE - Casablanca
CHIRURGIE DE LA MAIN
ORTHOPEDIE PEDIATRIQUE

صيدلية ابن حسان
PHARMACIE IBN HAYANE
ZOUHRI LAGHRARI ABDESAM
Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522 26 40 21
ICE : 001547302000067

الدكتور شكيب حافضي

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

شهادة التخصص في الجراحة العامة

شهادة التخصص في الطب الرياضي

شهادة التخصص في التقويم العدي

للأضرار الجسدية

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

وجراحة اليد

تقويم الإعوجاج العضوي للأطفال

Casablanca, le : 02 JUL 2022

7me
OUAFAA DRIS

Solupred 20
3 g en une seule prise le
matin avant 8h

pendant 6 jours -
Doliprane 1000 mg gel.
1 gel par jour

Belmazel 20 mg Solut 14g
10 g par jour

193, شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء 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 : drchakibhafi@gmail.com