

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0034744

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7397 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. MOUTI, Souad

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0658573246 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr HARFAOUI Abdennaceur**  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique-Orthopédique  
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casa  
Tél/Fax : 022 94 50 45 GSM : 0661 50 54 12

Date de consultation : 06/09/2022

Nom et prénom du malade : Mouti Souad Age :

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

Nature de la maladie : Gonarthrose droite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

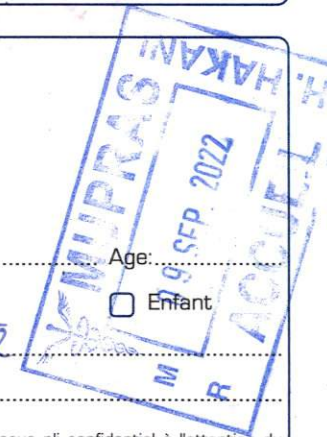
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Cas Le : 06/09/2022


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
06/09/2022	E		2500	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/20	5100

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

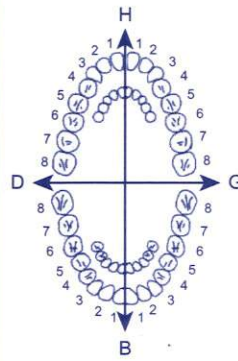
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>

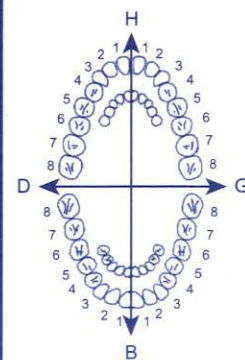
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le 06/09/2022 في الدار البيضاء

Mouti Saoud

51.40 (1) Divido 25

30.00

30.00

198.00

Tracet

14 25

(3) Nociceptol

283.00 x 4

(4) Chondroself

1 gel 31

1411.40

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1  
N° Lot: 2TJ586  
Fab: 01/2022  
Per: 01/2025  
P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

LOT PUC: 198.00 DH  
C159  
2024-08

CNK 3259-850



ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ  
6 118 00 10 27 12 14  
PPV: 283,00 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ  
6 118 00 10 27 12 14  
PPV: 283,00 DH

Dr HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique-Orthopédique  
22, rue Jalal Eddine Assayouti, Place des Iris - 20100 Casablanca - Maroc  
Tél.: 05 22 945 945 - GSM: 06 61 505 412 - E-mail: naceurharfaoui@gmail.com

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 5 1 1 8 0 0 1 2 7 1 2 1 4

PPV: 283,00 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 5 1 1 8 0 0 1 2 7 1 2 1 4

PPV: 283,00 DH





صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabii

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE N° 04116

V/C N° :

Client :

Casablanca, le :

Quantité

DESIGNATION

P.U.

TOTAL

1

Myloleone

36,70

1

Myloleone

14,80

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Adnane BIDA

49, Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,  
EL OULFA - CASABLANCA Tel. 05 22 90 88 72

51,00

MYCO

LOT : 08020021

PER : 04/2025

PPV : 36,70 DH

Topique

LOT : 220436

EXP : 03/2025

PPV : 14,30 DH

UTAV :

LOT N° :

PPV (DH) :