

# 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- 0026073

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379

Société : A65067

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL IDRISSI LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

habituelle

Tél. :

06 13 700 700

Total des frais engagés :

687,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie  
180, Bd. Oued Sebou, Wiam,  
Casablanca - Tél. 0646.546.648

Cachet du médecin :

Date de consultation :

4 MAI 2023

Nom et prénom du malade :

EL IDRISSI LATIFA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Coxarthrose

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 :

04/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
4 MAI 2023	CS	01	CS 300	Dr. Mohamed BEN EL AYFAR Chirurgie Orthopédique et Traumatologie 180, Bd. Oued Sebou, Wiam, Casablanca - Tel: 0646.546.548

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OUDJ Dr. Mohamed BEN EL AYFAR Chirurgie Orthopédique et Traumatologie 180, Bd. Oued Sebou, Wiam, Casablanca - Tel: 0646.546.548	04/05/23	387,20

# 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 tenu 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] 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



Docteur Mohamed BEN EL AYFAR

Spécialité en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie

- Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant Mohamed Baouafi - Casablanca
- Ancien Chirurgien au CHU Averroès Casablanca

Sur rendez-vous

الدكتور بن العيصر محمد

أخصائي في جراحة وتقويم العظام والمفاصل

- جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بوافي الدار البيضاء
- جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

N° El Idrissi Latife

Casablanca, le : 4 MAI 2023

193,60  
x2

- Fosavance 60 (x3)

1 comprimé par semaine

- Plascléone 300 (x3)

1 gélule 1/2 au milieu du déjeuner

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie  
780, Bd. Oued Sebou, Wiam,  
Casablanca - Tél 0646.648.648

387,20

PHARMACIE AL OUARD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebou - El Oulfa  
Tél / Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
ICE : 001541468000057



Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH



Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

شارع أم الربيع «فوق ليد»

Quartier Wiam, Oulfa - Casablanca

المستعجلات: 06 72 74 74 01

الهاتف: 06 400 93 100 / 0646 646 648



Le ..... 4 MAI 2023 .....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: Dr Ben el ayfar Mohamed

Certifie que Mlle, Mme, M : EL IDRISSI La hfe

Présente une coxarthrose gauche

Nécessitant un traitement d'une durée de:  
Trois mois

Dont ci-joint l'ordonnance: .....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie  
180 Bd. Oued Sebou Wiam,  
Casablanca - Tél 0646.546.648

4 MAI 2023