

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](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° P19- 0044619

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1030

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIH Mohammed

Date de naissance : 1-1-1949

Adresse : 0666263398

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ANISS OUASSI  
ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 49 26 43

Date de consultation : 31 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : FARIH Mohammed

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Ruminis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : main gauche

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
31 AOÛT 2020	C1 K2		300 100	Dr. ANISS OUASSIF ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgoine - Casablanca Tél: 05 22 49 26 43

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MEHDI BEN BARKA Boulevard El Hadaoui N° 3 Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca	31/08/20	280,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ANISS OUASSIF ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgoine - Casablanca Tél : 05 22 49 26 43	31 AOÛT 2020		300
	31 AOÛT 2020		500

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
<b>O.D.F 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient des Travaux
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

# Docteur Aniss OUASSIF

Maladies des Os et de la Colonne  
Vertébrale

Diplômé en Médecine Manuelle  
et Ostéopathie

Assermenté auprès les Tribunaux

159, Bd Bourgogne - Bourgogne

Tél.: 05 22 49 26 43



الدكتور أنيس وصيف

أمراض العظام والعمود الفقري

خبير محلف لدى المحاكم

159، شارع بوركون - بوركون

الهاتف : 05 22 49 26 43

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

31 AOUT 2020

FARIT Mohamed

13,20 + 2 = 26,40

Cetanyl 100

14,100

besomedin 5 flacons

25,00

betadine

21,80 + 30,00

crayons stiel & sprays

13,80

pomade à l'argent  
colloidal

149,80

spectrum

280,80

Euph X 100 pro

PHARMACIE MANUEL BENABRI  
Avenue Mohammed VI N° 3  
Rue Abdou Moukoko  
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

Dr. ANISS OUASSIF  
ORTHOPÉDIE  
TRAUMATOLOGIE  
159 Bd. Bourgogne -  
Tél : 05 22 49 26 43

LOT 200280  
EXP 02/2023  
PPV 149.50 DH



# Docteur Aniss OUASSIF

Maladies des Os et de la Colonne  
Vertébrale

Diplômé en Médecine Manuelle  
et Ostéopathie

Assermenté auprès les Tribunaux

159, Bd Bourgogne - Bourgogne

Tél.: 05 22 49 26 43



الدكتور أنيس وصيف

أمراض العظام والعمود الفقري

خبير محلف لدى المحاكم

159، شارع بوركون - بوركون

الهاتف : 05 22 49 26 43

Casablanca, le 21 AOUT 2020 في الدار البيضاء،

## NOTE D'HONORAIRE FACTURE

MR FARIT Mohamed

acte chirurgical sous anesthésie L-Région  
Excision de piqures du 1<sup>er</sup> doigt

de la main gauche sous anesthésie  
locaux régionale : Kx2

Rem de 1000,00 DA

Dr. ANISS OUASSIF  
ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél.: 05 22 49 26 43

**DATE**

31/8/2020

**FACTURE**

**PATIENT**

FARIH Mohammed

RX Main gauche

Z x 8

**REÇU DE : 300,00 DH (TROIS CENTS DIRHAMS).**



INPE : 091116343

**Dr. ANISS OUASSIF**  
ORTHOPÉDIE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Bd. Bourgoine - Casablanca  
Tél : 05 22 49 26 43

31/8/2020

FARIH Mohammed

**RX Main gauche**

**Z x 8**

**INTERPRÉTATION RADIOLOGIQUE**

- absence de lésion d'osteite phalangienne du 4<sup>e</sup> doigt
- Absence d'autre lésion du squelette de la main gauche.
- Absence de lésion associée des parties molles.



  
**Dr. ANIS OUASSIF**  
ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 49 26 43

**Date**

31/8/2020

**FACTURE**

**Patient**

FARIH Mohammed

Échographie doppler du membre supérieur gauche.

**REÇU DE : 500,00 DH (CINQ CENTS DIRHAMS).**

INPE : 091116343



**Dr. ANISSOUASSIF**  
ORTHOPÉDIE  
TRAUMATOLOGIE  
159 Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 49 26 43

31/8/2020

**FARIH MOHAMMED**

Échographie doppler du membre supérieur gauche

**COMPTE RENDU**

ECHO-DOPPLER ARTERIEL DU MEMBRES SUPERIEUR

Echo-doppler Arteriel :

- l'axe artériel du membre supérieur gauche présente une morphologie normale.
- les parois artérielles ne sont pas hypertrophiées ni sclérosées.
- absence de plaques artérielles .
- La lumière vasculaire est normale .
- Les tracés réalisés montrent pas de diminution du flux sanguin artériel hémodynamique

**CONCLUSION**

- Paroi artérielle fine, parallèle, sans plaque d'athérome au niveau des axes artériels
- Absence de sténose hémodynamiquement significative.

**Dr. ANISS OUASSIF**  
ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 49 26 43



**ORTHOPEDISTE**  
**Dr Aniss OUASSIF**  
**159 Bd Bourgogne - RDC**

**Info Patient**

Nom: FARIH mohammed  
Age:  
Date d'examen: 8/31/2020  
Ref. Medecin:

ID Patient: 20200831006  
Genre:  
MedecinAct.:  
Opérateur:

**Image**







