

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-581231

47677

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 82244 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTALEB

Date de naissance : ABDELWAHEB

Adresse :

Tél. : 06123398 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ANISS GUASSI
ORTHOPEDISTE
TRAUMATOLOGUE
59 Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

Date de consultation : 23 OCT. 2020

Nom et prénom du malade : BENTALEB Abdelwahed Age :

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

Nature de la maladie : Nerveux / crampes / douleurs

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17 / 11 / 2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Act.
23 OCT 2020			300	Dr. ANISS OUASSI ORTHOPEDISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgogne - Casablanca Tél : 05 22 49 26 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-10-2020	610,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

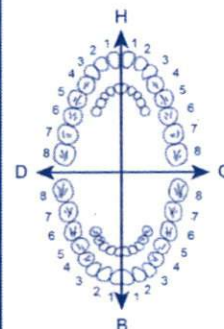
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ANISS OUASSI ORTHOPEDISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgogne - Casablanca Tél : 05 22 49 26 43	23 OCT 2020		300

AUXILIAIRES MEDICAUX

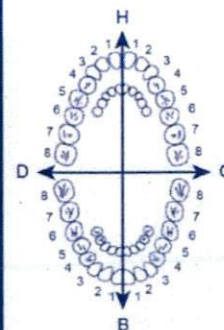
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Dr OUASSIF ANISS

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE**

الدكتور وصيف أنيس

**طبيب أخصائي
جراحة العظام والمفاصل
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري
خبير قضائي**

ORDONNANCE

23/10/2020

BENTALEB ABDELWAHED Abdelwahed

169,00

- DOLICOX 90 MG, Comprimé pelliculé : x1 comprimé par jour ; après repas, à midi ; pendant 14 jours.

52,80

- PRAZOL 20 MG, Gélule : x1 gélule par jour ; avant repas, à midi ; pendant 14 jours.

94,00

- MYDOFLEX 150 MG, Comprimé : x1 comprimé par jour ; après repas, le soir ; pendant 14 jours.

136,50

- ALYSE 25 MG, Gélule : x3 gélules par jour ; pendant 14 jours.

79,00

- BIFLEX GEL : x2 massages par jour.

79,50

- Vitamine D3 NORMON, Gouttes : x30 gouttes par jour.

T = 610,80

BERRADA Omar
Pharmacie Chaouia
182, Av. Moulay Ismail, 26102
Berrechid - Tél.: 0522 33 72 29
INPE : 062018379

Distribué par
MEDIPROMO
Tanger

6 111263 060060

LOT N° : 1119
EXP : 08/2022
PPC : 79 DH

D3NORM®

100 UI GOUTTES BUVABLES

8 051128 632675

Lôt:
A consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

200399
07/2023

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

Cachet et signature du médecin

Lot: 136DH50
Per: 03 2022
PPV: 136DH50

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

(S.V)

(S.V)

(S.V)

(S.V)

(S.V)

PPV: 52DH80
PER: 11/21
LOT: 1956-4



PPV: 169DH00
PER: 10/22
LOT: 12106-12



Dr OUASSIF ANISS

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE**

الدكتور وصيف أنيس

**طبيب أخصائي
جراحة العظام والمفاصل
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري
خبير قضائي**

Date

23/10/2020

FACTURE

Patient

BENTALEB ABDELWAHED Abdelwahed

Échographie musculo-squelettique : Épaule + coude droit

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

INPE : 091116343

Dr OUASSIF ANISS
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE
159 Boulevard Bourgoigne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43
Cachet et signature du médecin

Dr OUASSIF ANISS

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE**

الدكتور وصيف أنيس

**طبيب أخصائي
جراحة العظام والمفاصل
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري
خبير قضائي**

23/10/2020

BENTALEB ABDELWAHED ABDELWAHED

Échographie musculo-squelettique : Épaule + coude droit

COMPTE RENDU

- Présence d'un épaissement du tendon sub-scapulaire.
- absence d'élongation du tendon du sus-épineux.
- absence de bursite sous-deltoidienne.
- Absence d'aspect de capsulite articulaire gléno-humérale.
- Absence d'épaississement du tendon du long chef du biceps.
- Absence d'élongation du tendon sous-scapulaire.
- Absence de syndrome de masse péri-articulaire.
- Absence de calcification peri-articulaire.
- Absence d'épanchement synovial.
- Absence d'élongation du tendon du muscle angulaire de l'omoplate.
- Absence d'un épaissement du muscle trapèze.
- Absence d'image de calcification échogène associée.

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 BOULEVARD BOURGOGNE - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43
Cachet et signature du médecin