

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 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
 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



DÉCLARATION DE MALADIE

N° W21-763815

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8751 Société : ROYAL AIR MAROC			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEKKAOUI MARIA			
Date de naissance : 25/08/1966			
Adresse : 9 lot M MARAR			
Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : 223,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin : ANISS OUASSIF	
Cachet du médecin : ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourguiba - Casablanca Tél: 05 22 49 26 43	
Date de consultation : 16/08/2022	Age: 85
Nom et prénom du malade : ANISS OUASSIF LINA	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Pharyngite	
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 : 26/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : 26/09/2022



131556

RELEVE 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
16/08/22			CH	INP : DR. ANTHONY EDISON ORTHOPODISTE TRAUMATOLOGUE 159 BD. BOUILLON 75029 PARIS TÉL : 01 34 49 29 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/22	293,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} G $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
		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"/>			

N ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Nom & Prénom : Lina Ouassif
 Date : 16/08/2022

Cachet du médecin

Dr. ANISS OUASSIF
 ORTHOPÉDISTE
 TRAUMATOLOGUE
 159 Bd. Bourguiba - Casablanca
 Tel : 05 29 39 28 43

10,30

- Doliprane 500



→ 1Bt

168,20

1cp x 3/j



→ 1B6e

- Augmentin 1g



45,40

1 sachet x 3 /j

FER 08/2024
10122001

DUPHALAC 66,5%

en BUV 200 ML

P.R.V : 45DH40



6 118000 010494

→ 1Bt

223,80

PHARMACEIE ISMAILIA
Rue Louti
Boulevard
Casablanca
Maroc
Tél : 022 36 97 44

Dr. ANISS OUASSIF
 ORTHOPÉDISTE
 TRAUMATOLOGUE
 159 Bd. Bourguiba - Casablanca
 Tel : 05 29 39 28 43

Kinédorsal
 Le N°1 du matelas médical

buvable en sachet
poudre pour suspension

1g /125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 168,20 DH

LOT : 647984

PER : 08/23



Doliprane®

PARACETAMOL
500 mg



PPV: 10DH30

PER: 03/25

LOT: L1142



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

Voie orale
DOULEURS
FIEVRE
20 COMPRIMES SECABLES

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable