

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



## DECLARATION DE MALADIE

N° W21-763819

A3ASS

|   |                                       |                                      |                                 |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie          | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique     | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)             |                                       |                                      |                                 |
| Matricule : 8731                          |                                       | Société : ROYAL AIR MAROC            |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :     |                                 |
| Nom & Prénom : M. EL KAKAOUI MARIA        |                                       |                                      |                                 |
| Date de naissance : 25/08/66              |                                       |                                      |                                 |
| Adresse : 9 lot Al Manar                  |                                       |                                      |                                 |
| Tél. : 0661162263                         |                                       | Total des frais engagés : 297,50 Dhs |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Dr. ANISS OUASSIF<br>ORTHOPÉDISTE<br>TRAUMATOLOGUE<br>159 Bd. Bourguiba Casablanca<br>Tél : 05 22 49 26 43  |  |
| Date de consultation :  |  |
| Nom et prénom du malade :   | OUASSIF RANIA Age: 22  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : arthralgies, sciatique   |  |
| 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 : 26/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                       |                                 |   |  |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|--|
| Natures des Actes              | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |  |
| 15107UL                        |                       | (5)                             | INP : ORTHOPÉDIQUE<br>Dr. A. TRAUMATIQUE<br>159 Bd. Bourguiba Casablanca<br>T 0522 49 26 43<br>MEDICAL CLINIC<br>Casablanca |  |
| 2nd 06/12/20                   |                       | (5)                             |   |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
| <i>ARMAGUE ISMAEL ALI LOUAI ALI</i>    | 10/07/22 | 129,80                |
|  | 20/08/22 | 147,10                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### **AUXILIAIRES MEDICAUX**

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   |          | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|---|----------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|   |          |  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|   |          |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|   |          |  |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|   |          |  |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  |          | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|   |          | <b>H</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> | 25533412         | 21433552    |   | 00000000 | 00000000 | <b>D</b> | <b>G</b> | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |
| 25533412  | 21433552 |  |                  |             |   |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 00000000  | 00000000 |  |                  |             |   |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| <b>D</b>  | <b>G</b> |  |                  |             |   |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 00000000  | 00000000 |  |                  |             |   |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 35533411  | 11433553 |  |                  |             |   |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |          |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| <b>VOLET</b><br><i>Déclaration de r</i><br><i>Remplissez ce v</i><br><i>Il sera nécessai</i><br><i>réclamation ult</i><br><i>TESTANT LE DEVIS</i> |          |  |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| <i>Coupon à cons</i>  |          |  |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |          |  |                  |             |   |          |          |          |          |          |          |          |          |  |

# ORDONNANCE

Nom & Prénom : Hanifa Ouassif  
Date : 20/08/2023

Cachet du médecin

Dr. ANISS OUASSIF  
ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 29 70 20 43

- Fucidine 2% → 1 Bte

14,00 x 2 app. / j

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
LOT : 21E004  
PER.: 10/2023  
P.P.V : 54DH00  
  
6 118000 010531

- Duspatalin 200mg → 2 Bte

10,90 1 gel x 3 / j. cravat

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
LOT : 21E003  
PER.: 10/2023  
P.P.V : 54DH00  
  
6 118000 010531

- Profenid 100

PROFENID 100MG  
CP PEL B30  
LOT : 21E006  
PER.: 09/2024  
P.P.V : 70DH90  
  
6 118000 060662

39,70 1cp / j

→ 9 Bte  
Dr. ANISS OUASSIF  
ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 29 70 20 43

PHARMACIE ISMAILIA  
Louali Abdellah  
Rue Abou Al Waki Bourgogne  
Casablanca Tel 022 36 90 10

Kinédorsal  
Le N°1 du matelas médical

Fucidine® 2%  
crème Tube de 15 g  
39,70

# ORDONNANCE

Nom & Prénom : Ramie Ouassif  
Date : 15/07/2022

Cachet du médecin

**Dr. ANISS OUASSIF**  
**ORTHOPÉDISTE**  
**TRAUMATOLOGUE**  
159 Bd. Bourguiba - Casablanca  
Tél : 06 22 49 26 43

37,40

- Oxerc 250mg

→ 1Bte

21,20 1 cuillère mesure 1j

- Venimose 100mg

→ 1Bte

40,80 1cp x 2 /j matin et soir

- Profenid 200mg



2cp 1j

→ 1Bte

**Dr. ANISS OUASSIF**  
**ORTHOPÉDISTE**  
**TRAUMATOLOGUE**  
159 Bd. Bourguiba - Casablanca  
Tél : 06 22 49 26 43

129,80

**Kinédorsal**  
Le N°1 du matelas médical

# Orex® *Lad*

250 mg/5 ml

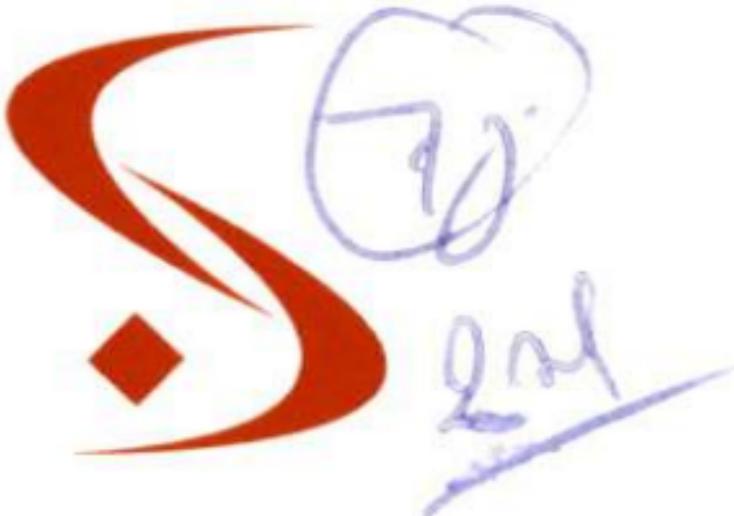
Céfalexine

**250 mg/5 ml**

Granulés pour suspension buvable

Voie orale

**60 ml**



سوطيمـا  
Sotthema

37,70

6



6 comprimés

VERMOX® 100 mg

لجم  
100  
كمبي

®

مینند ازول

6  
كمبي

1120

