

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



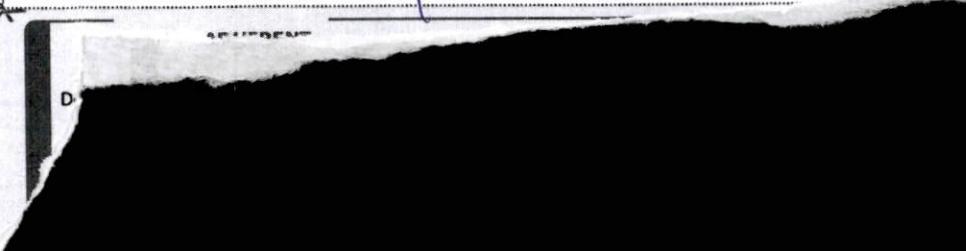
Déclaration de Maladie

N° W21-763821

153760

<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 : MEKKAOUI MARIA			
Date de naissance : 25/08/66			
Adresse : lot ALMANAR Gpe V			
Tél. : 0661169263		Total des frais engagés : # 326,404 Dhs	

Cadre réservé au Médecin : ANISS OUASSIF			
Cachet du médecin : ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE 169 Bd. Bourgogne - Casablanca Tél : 05 22 28 28 43			
Date de consultation : 02/04/2023			
Nom et prénom du malade : OUASSIF Luis Age: 25			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : bruxisme, dentine.			
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 : 02/04/2023			
Signature de l'adhérent(e) :			



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
02				INP : CRP MAI 63 43 TRAUMATOLOGIE Bourguet Logue Casablanca
02				
2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NATIONALE Casablanca 05 22 94 39	08/08/82	526.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				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"/>

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

H	D	G	B
25533412 21433552 00000000 00000000			
D 00000000 00000000 35533411 11433553			

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

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

INP :

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

DR. OUASSIF ANISS

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTÉ

الدكتور وصيف أنيس

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

02/02/2023

OUASSIF UNA

27, X

Rimogaine 3 sachets/jour

29, 20 + 2

Zithromax 5 =

1 cp / jour

NS, 20

Ventolin 1 dose

2 spray / jour

> 27, 20

Zentel 1 dose
1 cp en 3 doses/jour

> 27, 20

Flagyl 1000 mg
1 cp/jour

28, 20

Sonstal 1 dose

1 cp/jour

> 26, 20

Cachet et Signature du Médecin
Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE

159 Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 26 43

PHARMACIE NICE
1. AV. Nice Résidence Bouarida
RD Mg. N° 3, Bourgogne
Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39





زيثرومаксين

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 1 2 0 2 4

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : F X 2 5 7 9

Pfizer

زিথرومаксين

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : G J 8594

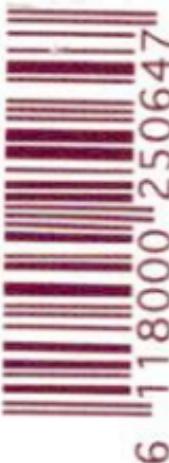
Pfizer

רִתְּבָּנָה - גַּמְלָא - גַּמְלָא

אֵן 500 מְגַנְּסָה 20

Ponstyx® 500 mg

20 Comprimés enrobés



6 118000 250647

סִילְוִוִּילְיָה
גְּדוֹלָה
גְּדוֹלָה ®

EXP : 05 2025 P.P.V
LOT N° : G6U833 28 80

Flagyl 4%

Respecter les doses prescrites
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER.: 05 2023

LOT : 21E029

FLA GLY 4%

SUSP PUV FL 120 ML

P.P.V : 320H90



6 118000 0660390



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ
20250 Casablanca

حالات نزلة برد - زكام

جمس - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نجم كلبي

٢٢٧٥

مسحوق لتنقية الهواء

أكياس ١٠

مختبرات الصيدلة فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول



118001

141258

VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

Region de Rabat
Ain El Aouda
Maroc
GlaesMimikline