

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 Alhai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alhai 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° W21-799539

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **2788** Société : **RAT**

Matricule : **2788**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **TARI OUAFAT**

Date de naissance : **13/03/1957**

Adresse : **60 RUE OUFED GROU LOTISSANT REITHOVEN MARHOUBA TEMARA PLAGE**

Tél. : **0662 116141** Total des frais engagés : **305,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Anis BOUAZZAOUI
Oto Rhino Laryngologiste
Spécialiste du Vertige
42, Rue Mourabidine, 1er Etage
Appt N° 4, Hassan - Rabat
Tel : 05 37 20 50 79 GSM : 06 81 01 41 10

Cachet du médecin :

Date de consultation : **09 MAI 2023**

Nom et prénom du malade : **Ouafat Tari** Age : **13/3/57**

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

Nature de la maladie : **Vertige sur base vasculaire**

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 : **09/05/23 RABAT** Le : **09/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-799539

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **2788**
Nom de l'adhérent(e) : **TARI OUAFAT**
Total des frais engagés : **305,20**
Date de dépôt :

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
09 MAI 2023			gratuit	INP: 001649000000097



Docteur Anis BOUAZZAOU
Oto Rhin Laryngologiste
Spécialiste du Vertige
42, Rue Mourabitine, 1er Etage
App. N° 4, Hassan - Rabat
Tél: 05 37 71 87 82
INPE: 102041019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Mail Central Dr. KHALID IDER 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Rad Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82 INPE: 102041019	09/05/23	305,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

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 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553													
	G															
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Anis BOUAZZAOU

Oto Rhino Laryngologiste
Spécialisé dans le Vertige

Ancien Interne du Centre Hospitalier Universitaire de Rabat
Ancien F.F. interne des Hôpitaux de Paris
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômé de l'Université de sorbonne Paris en Vertige



الدكتور أنيس البوعزاوي

طبيب اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
متخصص في علاج الدوخة

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي الجامعي
ابن سينا بالرباط
طبيب سابق بمرتبة داخلية بمستشفيات باريس
خريج كلية الطب بالرباط
خريج جامعة سوربون باريس في الدوخة

OR documentation
Mme Ouafae Tazi

Rabat, 09 MAI 2023

09/05/23
15265 71,00x1

No dep 50mg

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82
INPE : 102041019

1/2 comprimé le soir x 03 mois



48,00x1

Betaserc 24mg

1 cp, 3 fois par jour x 10j

46,20x1

Nautilamine

1/2 cp matin x 14j

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82
INPE : 102041019



440,00x1

Odes 20mg

1 gélule 2xj x 2 1/2 jours

T=305,20

Docteur Anis BOUAZZAOU
Oto Rhino Laryngologiste
Spécialiste du Vertige
42, Rue Mourabitine, 1er Etage
Appt. N° 4, Hassan - Rabat
Tél.: 05 37 20 60 79 - GSM: 06 61 61 41 10

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82
INPE : 102041019

42, Rue Mourabitine, 1^{er} étage, appt n°4, Quartier Hassan, Rabat 10020
(face aux Centre Chèques Postaux; au dessus du Super Marché Label'Ve Hassan)
Fixe : 05 37 20 60 79 - Portable : 06 61 61 41 10 - E-mail : drbouazzaouianis@gmail.com
ICE 001649000000097 - INPE 101164432 - IF 14494556

20
ملغ
عن طريق الفم



أوديبيلس[®]
أوميرازول

OEDES 20mg

56 gélules

56 x



جيبات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدة علاج					
مساء					

COOPER
PHARMA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

1201006/02

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin.

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATIONA conserver à une température $\leq 30^{\circ}\text{C}$.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دواعي الإستعمال و المقادير
النزوما بوصفة طبيبك المتزاما بديقا**شروط الإستعمال**

أنظر إلى النشرة داخله

عن طريق الفم

المحافظةيحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن 30°C مئوية أو تعادلها
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال66X20X84
3**NO-DEP® 50mg**

Sertraline

CiplaMaroc

سنتراين
قرصا مغلفا 15NO-DEP® 50mg
15 cps pelliculés sécablesسنتراين
50 مجم - د-بو

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc

BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc

Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سينلا المغرب

من ب.ب. 4491 - 11850 عين العودا - المغرب

يصنع من طرف : معهد الصيدلة

Composition

Sertraline Chlorhydrate (DCI) 50mg مغ

Excipients q.s.p 1 comprimé 1 قرص

التركيبة :

كلوريدات السنتراين..... 50mg مغ

مكونات لد.لدال..... 1 قرص

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**يجب احترام المقادير المحددة**

SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I

NO-DEP® 50mg

Sertraline

15 Comprimés pelliculés
sécablesLOT: 401
PER: SEP 2024
PPV: 71 DH 00

CiplaMaroc