

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

M23-0026253

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08731 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : -
 Nom & Prénom : MEKKAOUI MARIA
 Date de naissance : 25/08/166
 Adresse : 6121 MANAR
 Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : 4490,807 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. ANISS OUASSIF
 ORTHOPÉDISTE
 TRAUMATOLOGUE
 159 Bd. Bourgogne - Casablanca
 Tél : 05 22 49 28 49
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/08/23
 Nom et prénom du malade : MEKKAOUI MARIA
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ☒ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
 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 : 17/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/08/23		215	65	
07/09/23		215	65	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
08/08/23	185,00	
07/09/23	305,00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

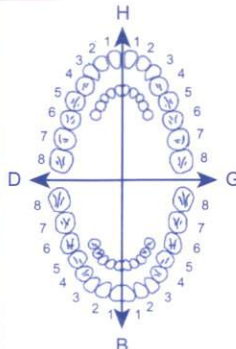
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

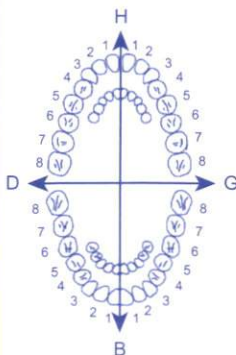
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT 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 ASSERMENTÉ**

الدكتور وصيف أنيس

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

08/08/23

MARIA MEKKAOU

45,00

1) Zovirax

1 Bte

1 app 1j sur la lésion en débordant
largement autour de la lésion

61,10

2) Aspegic

1 Bte

1 scht x 3 1j

79,40

3) Zithromax

1 Bte

1 cp 1j pmt 3j après repas

185,80

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abou Al Vant Bourgogne
Lahajma - Casablanca
Tél 05 22 36 97 44

Cachet et Signature

DR. OUASSIF ANISS
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd Bourgogne Casablanca
Tél 05 22 49 26 43

COMPOSITION :
 acétovir 5 g
 Excipients à effet notoire: Alcool cétylostéarylique,
 Propylène glycol et Laurylsulfate de sodium.
 LIRE LA NOTICE AVANT UTILISATION
 TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES
 ENFANTS.
 VOIE CUTANÉE.
**NE PAS APPLIQUER SUR L'OEIL, A L'INTERIEUR
 DE LA BOUCHE ET A L'INTERIEUR DU VAGIN.**
 NE PAS AVALER.
 NE PAS REFRIGERER.
 A conserver à une température ne dépassant
 pas +25°C.

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 45,00 DH
 ID: 650241
 6 118001 141548

500 mg / أقراص 3
 ZITHROMAX 500 mg
 3 comprimés
 6 118000 250500

UTAV: 07 2024
 LOT N°: 6 J 8 5 9 5
 P.P.V. 7970

زيتروماكس
 أنتروميكسين
 Pfizer

ASPEGIC 1G
 SACHETS B20
 P.P.V : 61DH10
 LOT : 21E020
 PER.: 11 2023
 6 118000 061076

ASPEGIC + GROSSESSE = INTERDIT
 أسبيجيك + حمل = ممنوع
 Ne pas utiliser chez la femme enceinte.
 لا يستعمل لدى النساء الحوامل.

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

07/27

MARIA MEUKAOU

22,400

1) Rinomicine

(S.V)

2 Bte

1 scht x 3 /j pdt 6 jours

79,70

2) Zithromax

(S.V)

1 Bte

1 cp /j pdt 3 jours après repas

22,80

3) BronchoKod 125ml

(S.V)

1 Bte

157,00 1 cas x 3 /j

4) Thealose

1 gHe x 3 /j

(S.V)

1 Bte

305,00

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abou Al Wael Bourgogne
Larajma - Casablanca
Tél 05 22 36 97 44

Cachet et Signature du Médecin
DR. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd Bourgogne - Casablanca
Tél 05 22 49 26 43

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين

3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: G J 8 5 9 4

bronchokod
Adultes

LOT:1171
PER:12/24
PPV:22,90DH

ALLI-M21 EDAMMA-1171
Lot: 1171, 12/24, 22,90DH
PPV: 22,90DH
PER: 12/24
LOT: 1171

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

ديلو ميلين

PHARMAS
LOT : 2430
UT.AV: 02-26
PPV: 22DH70

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتفاع و تبرد

ديلو ميلين

PHARMAS
LOT : 2430
UT.AV: 02-26
PPV: 22DH70

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول