

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

180141

- 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 : 25/08/1966
 Adresse : 67 AL MANAR
 Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : 490,807 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. ANISS OUASSIF
 ORTHOPEDISTE
 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 Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Proctite
 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.

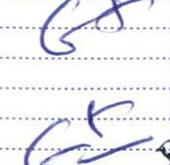
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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]



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 |  DR. ANISS OUASSIF ORTHOPÉDIE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgoone - Casablanca Tél : 05 22 45 26 43 |
| 07/09/23 | | cg | 65 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien ou du Fourmisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE ISMAILIA Rue Abou Al Wajil Bourgoone Casablanca Tél : 05 22 36 97 44 | 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

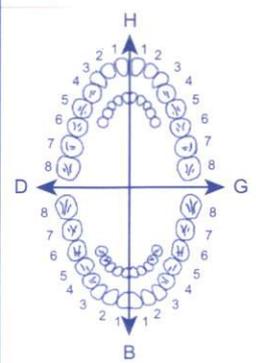
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |

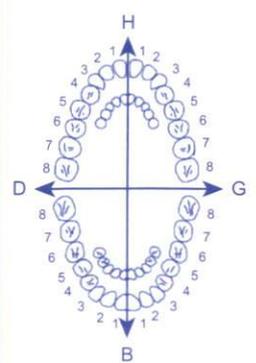
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | |
|---|--|--|
|  | | 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"/> |
| | | |

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 | - 8 | 23

MARIA MERKAOUT

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 j

79,40

3) Zithromax

1 Bte

1 cp 1j pelt 3j après repas

185,80

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

Cachet et Signature

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



زيتروماكس
أزيتروميسين

500 mg / أقراص 3

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UTAV : 07 2024

P.P.V.

7970

LOT N° : 6 J 8 5 9 5

COMPOSITION :

acélovir 5 g

Excipients à effet notoire: Alcool cétostéarylique, 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.



6 118001 141548

ID: 650241

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
P.P.V: 45,00 DH
6 118001 141548

ASPEGIC 1G
SACHETS B20

P.P.V : 61DH10

LOT : 21E020
PER : 11 2023



9 118000 061076



ASPEGIC + GROSSESSE = INTERDIT
أسيبيك + 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

071-9/27

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

22,80 1 cp /j pdt 3 jours apres repas

3) Bronchokod 125ml

(S.V)

1 Bte

157,00 1 cas x 3 /j

4) Thealose

1 gta x 3 /j

(S.V)

1 Bte

305,00

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abou Al West Bourgoigne
Lahajma - Casablanca
Tél 05 22 36 97 44

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

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

دينو ميديسن

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 - إرتعاش و تبرد

دينو ميديسن

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

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول