

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M23-0026252

☒ 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 : 25/08/66

Adresse : 9 Lot M JAWAR

Tél. 0661162263

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/23

Nom et prénom du malade : OUASSIF RANIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : arthrose

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 : 23/08/23

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : AA-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 la réalisation des Actes
08/08/23		CJ	GF	Dr. ANISS OUASSIF ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE - Casablanca 159 Bd. Mohammed V - Casablanca Tél : 06 22 49 26 43
08/08/23		CJ	GF	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
08/08/23	74,40
08/08/23	151,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

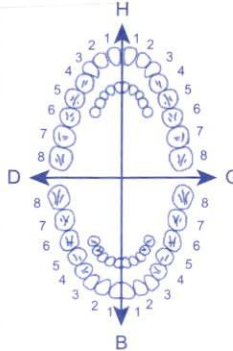
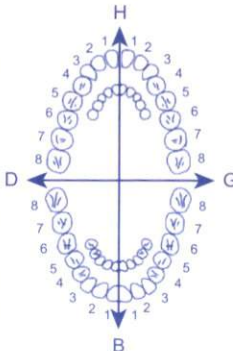
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																						
				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>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
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

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 071-9/2

RANIA OUASSIF

22,40

1) Rinomicine (1.5)

1 scht x 3 / j pdt 6 j

1 Bte

61,10

2) Aspegic 1g (1.5)

1 scht x 3 / j pdt 3 j

1 Bte



3) Onyxine

1 app / sem sur l'ongle atteint pdt 9 mois

1 Bte

38,00

4) Co-TRIM Font (1.5)

1 cp x 3 / j en prise unique

1 Bte

30,00

5) Oedes (1.5)

1 cp / j le matin à jeun

Cachet et Signature du Médecin

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abou Al Waql Bourgogne
Lahajma - Casablanca
Tél 05 22 38 97 44



1 comprimé

Vermox[®] 500 mg

conserver entre 15°C et 30°C
Ne pas administrer à l'enfant de
moins de 1 an
Ne pas laisser à la portée des
enfants

14,80



1 comprimé

Vermox[®] 500 mg

conserver entre 15°C et 30°C
Ne pas administrer à l'enfant de
moins de 1 an
Ne pas laisser à la portée des
enfants

14,80

LOT 211487
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

7 x 



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



COOPER
PHARMA

كوتريم-فورت[®]

سلفاميتو كسازول - تريميتو بريم



علبة بها 20 قرصا

للبروفان

CO-TRIM[®] FORT

20 comprimés

PPV 38DH00

EXP 12/2025
LOT 10020 7

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

ريزو ميلين[®]

PHARMA6 LOT : 1204
UT.AV : 06-25
PPV :22DH70

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

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

08/08/27

RANIA OUASSIF

14,30

1) Rhino gel

1 gel x 3/j au besoin

1 Bte

30,80

2) Aspegic 1g

1 scht x 3/j

1 Bte

14,80 x 2

3) Vermox 500mg

1 cp a J1 puis 1 cp a J15

2 Bte

74,70

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abdel Aziz Bourguigne
Lahajnia - Casablanca
Tél: 05 22 36 97 44

Cachet et Signature du Médecin

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourguigne - Casablanca
Tél: 05 22 49 29 43

رينوفيبيرال

باراسيتامول - مالتات كلورفينامين - فيتامين ب

كبسولات



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع ألم الرأس و/ أو حمى

RHINOFEBRAL®

20 GELULES

Paracétamol, Maléate de
chlorphénamine
Acide ascorbique /gélule



UTAV:

LOTN°:

PPV (DH):

LOT : 230011
EXP : 01/2020
PPV : 14,30DA

ALERT MOI TOUJOURS
angle d'obtention de la notice
Remboursement immédiat
A4 16 02 13 40 1st

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

ASPEGIC 1G
SACHETS 810

P.P.V. : 30DH80



6 118000 061083

LOT : 22E021
PER.: 11 2024

ASPEGIC + GROSSESSE = INTERDIT
أسبيجيك + حمل = ممنوع



Ne pas utiliser chez la femme enceinte.
لا يستعمل لدى النساء الحوامل.