

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-593666

55433

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08731			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM
Nom & Prénom : MEKKAOUI MARIA			
Date de naissance : 25/08/66			
Adresse : 9 lot Al Mawarid Casablanca			
Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr. ANISS OUASSIF ORTHOPÉDIQUE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgogne - Casablanca Tél : 05 22 49 26 43			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/12/2020			
Nom et prénom du malade : MEKKAOUI MARIA			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : Tous			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>maladie de la hanche</i>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Yaya

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
04				INP : 6911118743
12				
22				

DR. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRIUMATOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE 1 AV. NICE Résidence RD 3 Bourgogne 161.05 22 94 93	04/18/87	373,30

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

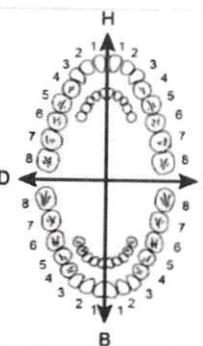
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 :

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient
des travaux

Montants
des soins

Début
d'exécution

Fin
d'exécution

Coefficient
des travaux

Montants
des soins

Date du
devis

Date de
l'exécution

Cardiacaprine 100 mg/300 caps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

ASSIF ANISS
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE

AUGMENTIN 1g
sachets
..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس...مرة في اليوم يتناولون من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 620044
PER: 03/21



04/12/2020

MEKKAKSI MARIA

132,00 + 5
= 660,00 x

- Novet 0,4 ml

S.V. 5 boîtes

138,10
- Lovenoxy 0,4 ml

1 ml/j 5/1c par jour
1b.

87,30
- cardiaspirine

1 ml/j - 5/1c par jour.
1b/j 2 boîtes.

81,80
- Vermost 1b. de 6.

PHARMACIE NICE
1 Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tél: 05 22 94 93 39

126,30
- Augmentin 1g 1b.

ASSIF ANISS
Gachet et signature du médecin
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 49 26 43

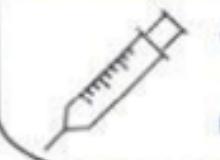
973,30 1 sachet x 2 par jour

Novex®

- Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml

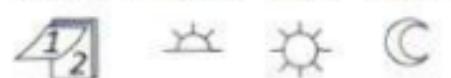


2 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



132,00

سوطيمـا
Sotthema

Novex®

- Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml

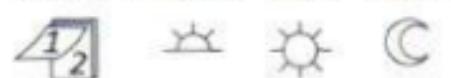


2 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



132,00

سوطيمـا
Sotthema

Novex®

- Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml

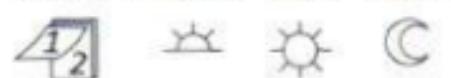


2 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



132,00

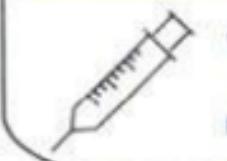
سوطيمـا
Sotthema

Novex®

- Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



132,00

سوطيمـا
Sotthema

Novex®

- Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



132,00

سوطيمـا
Sotthema