

## 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.

### 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-591609

55568

☐ 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 : 9 lot AL MANAR Gde V°  
 Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : MEKKAOUI Maria Age :

Nom et prénom du malade : MEKKAOUI Maria

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

Nature de la maladie : TDM thorax

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 : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ACCUSE



### 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
26/11/2020				INP : 291116213
				Dr. ANISS CUASSIF
				ORTHODONTISTE
				TRAUMATOLOGUE
				139 Bd. Bourgoigne - Casablanca
				Tél : 05 22 49 26 43

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/2020	1306,40

### 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	

### 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr OUASSIF ANISS

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
OSTÉOPATHE  
EXPERT ASSERMENTE

الدكتور وصيف أنيس

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

25 / 11 / 2020

MEKKAOUI MARIA

132,00 x 4 (1's)

Novesc 0,4 ml 4 boîtes

1 injection sous-cutanée x 2/jour

138,10 x 3 (1's)

prés LOVENOX 0,4 ml 3 boîtes

1 injection sous-cutanée x 2/jour

205,00 (1's)

TAVANIC 500



79,70 x 2 (1's) 1 cp x 2/jour

Azi 500 2 boîtes

1306,70 1 cp/jour x 3 jours

Cachet et signature  
Dr. ANISS OUASSIF  
ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
159 Ed. Bourgogne - Casablanca  
Tel: 05 22 49 26 43



159, BOULEVARD BOURGOGNE, RÉSIDENCE SHWAN, REZ - DE - CHAUSSEE APT. N°18, CASABLANCA

TÉLÉPHONE : 05 22 49 26 43





# TAVANIC<sup>®</sup> 500 mg

*lévofloxacin/levofloxacin*

Voie orale/Oral use

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg, cp pel b7

P.P.V : 205,00 DH



7 comprimés pelliculés sécables  
7 film-coated scored tablets

SANOFI 





# AZIX<sup>®</sup>

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2783



**3** Comprimés  
sécatables

bottu <sup>s.A.</sup>

**b**

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable





# AZIX<sup>®</sup>

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2783



**3** Comprimés  
sécables

bottu <sup>s.A.</sup>

**b**

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



# Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



**2** seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

**Solution injectable**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



132/00

سوطيما  
othema





# Novex®

Enoxaparine sodique

4000 UI anti - Xa/0,4 ml



**2** seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

**Solution injectable**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



132100



سوطيما  
othema



# Novex®

Enoxaparine sodique

4000 UI anti - Xa/0,4 ml



**2** seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

**Solution injectable**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



132100



سوطيما  
othema



# Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



**2** seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

**Solution injectable**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



132100



سوطيما  
othema



**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)**

*énoxaparine sodique*

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Lovenox 4000ulantixa inj b2  
P.P.V : 138,10 DH



**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)**

*énoxaparine sodique/éno*

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Lovenox 4000ulantixa inj b2  
P.P.V : 138,10 DH



**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)**

*énoxaparine sodique*

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Lovenox 4000ulantixa inj b2  
P.P.V : 138,10 DH

