

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-593664

55565

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	68731	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MEKKAOUI MARIA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. ANISS OUASSIF ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgogne - Casablanca Tél : 05 22 49 26 43 </div>		
Date de consultation :	04/12/2020	Age:	50
Nom et prénom du malade :	ANISS OUASSIF		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Spasme de la main		
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

Le : 05/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 : b944446343
12	CJ		5	
29				Dr. ANISS QUASSIF ORTHOPÉDISTE



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOL ET AL.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				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 ASSERMENTE

دكتور وصيف أنيس

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

04/12/2020

OUASSIF LINN

78,40 S.V

- ZITKROMAX 500 1cp/jour x 3 jour

297,00 S.V

- SIMBICORT 200

1 spray

45,30 S.V

- VENTO LINNE spray



60,10 x 2 S.V

- MAXIERSK 2bte

2 sprays / jour

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc
580735

PPV:
60DH10

Cachet et signature du médecin

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

ASPEGIC 16
SACHETS 820
P.P.V. 60DH10
6 1180000 001076

LOT : 20E014
PER.: 04 2022

61,10 S.V

- ASPIRIN 1000 1b.
2 sachets / j.

AVENUE BOURGOGNE, RÉSIDENCE SHWAN, REZ - DE - CHAUSSÉE APT. N°18, CASABLANCA

603,30

TÉLÉPHONE : 05 22 4926 43

AstraZeneca



300

Turbuhaler®
200/6 µg par dose
Poudre pour inhalation



SYNTHEMEDIC
22 rue soubaïr bni al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Pdr p inh

Facon de 120 doses

104/14 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DH

6 118001 020706

SKPC
MAI-19
AVR-21



RETOUR URINE NORMALE
Maxjilase® DORRES DE GARGANTA
ADULTO
Via oral.
24 comprimidos revestidos
Composição:
Alfa-amilase 3000 U. CEIP
para um comprimido revestido.
Excipientes com efeito importante:
amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.

60010
ppd:
580735
27, rue Lapeyrière
Dessiné sous licence
CASABLANCA - Maroc

Ambareès-et-Lagrave
33565 Carbon Blanc, France
Médicament autorisé /
Authorized medicine /
روا مرضیح رقم:
34009 306553074



AUX DE GORGÉ/SORE THROAT
ALPHA-AMYLASE 3000 U CEIP
24 COMPRIMES ENROBÉS/COATED TABLETS
axilase®

ZITHROMAX®
azithromycine
500 mg

Pfizer

Respecter les doses prescrites

liste 1 uniquement sur ordonnance

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot : 1278520
Date Fab : 09 / 2019 Date Exp : 08 / 2021
PPV : 79,70 DH

ZITHROMAX®
azithromycine

3 Comprimés sécables

Laboratoires
Pfizer S.A. Maroc
Km 05 Route de Oujda 24000 El Jadida

6118000250500

Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé.

COMPOSITION :

Sulfate de salbutamol
..... 120,50 µg*
quantité correspondant à
salbutamol 100,00 µg*

pour une dose

Gaz propulseur:
norfluorane (tétrafluoroéthane
ou HFA 134a)

*µg= microgramme

Lire la notice avant
utilisation.

Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants.

Agiter avant utilisation.

Titulaire d'AMM au Maroc:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

Fabricant :
Glaxo Wellcome Production
27000 Evreux - France



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



Région de Rabat
Ain El Aouda
GlaxoSmithKline