

## 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.

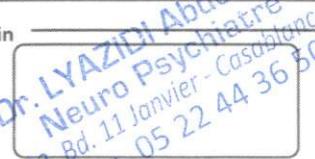
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>0738</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>Dermousi Zehou</b>
Nom & Prénom : <b>Dermousi Zehou</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>2315,50</b> Total des frais engagés : <b>2315,50</b> Dhs			

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
Dr. LYAZIDI Abdellah  
Neuro Psychiatre  
83, Bd. 11 Janvier - Casablanca  
Tél. : 05 22 44 36 30

Date de consultation : **09/10/2023**

Nom et prénom du malade : **Dermousi Zehou** Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

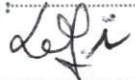
Nature de la maladie : **Affection neuro psychiatrie**

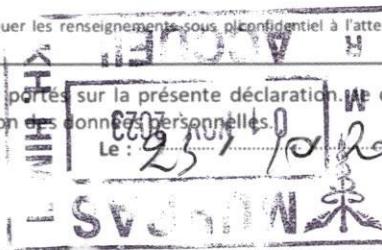
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : 



### VOLET ADHÉRENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
09/10/2023			350,00	INP : 0910095505 Dr. LYAZIDI Abdelkrim Neuro Psychiatre Inquier - Casablanca 2650

## EXECUTION DES ORDONNANCES.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADM

## 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'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NEURO - PSYCHIATRE

((Ex. Médecin du C H U Avicenne  
de Rabat)

83, Bd du 11 Janvier - CASABLANCA  
(à Côté du Cinéma Colisée)  
Tél. & Fax : 0522.44.36.50

Sur Rendez-Vous

طبيب نفساني

اختصاصي في الأمراض النفسية  
والعصبية و أمراض الرأس

(طبيب سابقًا بالمركز الصحي  
الجامعي أين سينا بالرباط)

83, شارع 11 يناير الدار البيضاء  
(جانب سينما كوليزري)  
الهاتف والفاكس : 0522.44.36.50

بالميعاد

~~PHARMACIE AYAD AYASSI  
Bab Anassi 2 GH 11 Entrée 12  
N°166 Av/Léopold II Casablanca  
ICE: 003/097250000003~~

الدار البيضاء في : 07/05/2002

113.30 X 6

1) Depakin 500 mg  
ACP 21 j

41.10 X 6

2) Decort 250 mg  
ACP 10 j

996.00

3) Serequel 100 mg  
ACP 10 j

35.40 X 6 4) Alpraz 1 mg  
ACP 10 j

38.40 X 8

5) Loraz 2 mg  
ACP 10 j

981.30 X 5

6) AT luguen 300 mg  
ACP 10 j

Durée de Traitement

A Revoir le 11/05/2002  
Dr LYAZIDI Abdelkrim  
83, Bd. 11 Janv. 05 22 44 36 50  
NEURO - PSYCHIATRE

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH

6 118001 140237  
6 118001 140237  
P.P.V: 71,10 DH  
Région de Rabat  
Ain El Aouda  
GlaxoSmithKline Maroc

98/30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH

6 118001 040384  
LAROXYL 25 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés

98/30

CH  
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH

6 118001 140237  
P.P.V: 71,10 DH  
Région de Rabat  
Ain El Aouda  
GlaxoSmithKline Maroc

98/30

CF  
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH

6 118001 040384  
P.P.V: 71,10 DH  
Région de Rabat  
Ain El Aouda  
GlaxoSmithKline Maroc

98/30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 113,30 DH

6 118001 081073  
P.P.V: 113,30 DH  
Région de Rabat  
Ain El Aouda  
GlaxoSmithKline Maroc

SYNTHMEDIC

32 rue zoubair benn al aoumar roches  
casablanca  
TEROQUEL

00mg  
lot de 60  
996 DMP 21/NSF P.P.V 276,00 DH  
118001 021307

ID: 651886  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH

6 118001 040384  
LAROXYL 25 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU USA. PPV: 38 DH 70

11 2025  
35,70

ID: 652380  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 71,10 DH

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35,70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35,70

ID: 652380  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 71,10 DH

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35,70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35,70

6 118001 140233