

## 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.

### Pédiatrie :

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1115 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AZZEHIZI NABIL

Date de naissance : 05/06/1972

Adresse :

Tél. : 22222222 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : SAID EL HOUS Docteur SAÏD EL HOUS, Service des Urgences Hôpital Local Azemmour

Date de consultation : 27 NOV 2023

Nom et prénom du malade : AZZEHIZI Nabil, Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite Aiguë

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

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 : AL ABBADIA Le : 15/11/2023

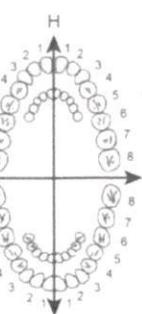
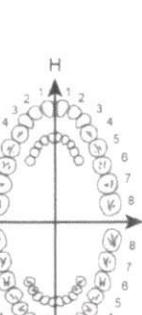
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
15/11/2013				INP 1111005776 Docteur SAÏD EL HOUSNI Service des Urgences Hôpital Local Azemmour

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE FADEL</b> <b>SIDI ALI</b> Tél: 05 23 34 79 46		1047,80 N.F. = 112106927

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																		
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B	B																					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																						
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																						



مُلْسَنْشَفِي بَدْوَهْ لَدْخِين  
**ORDONNANCE**

1345° 1 - faciosine cp. 280 g.  
106.80 x 3 clcp a 2f/j  
111.02 - Amoxon 1 g.  
40.00 1 clmg/j  
118.50 effeprès 20 mg  
111.02 3 cp eff limoni  
- Aranci s.  
49.02 clpn & nosol a 2f/j  
- Docirox Sirup.  
118.50 x 2 clc à s à 3f/j  
73.80 1 d or  
73.80 x 3 clcp eff a 3f/j

صيادلية فاضل  
PHARMACIE FADEL  
Tél: 0525 2046780

Dr SAID EL HOUSSEINI  
Service des Urgences  
Hôpital Local Azemmour

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Inville

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH

ID: 649664  
6 118001 142262

LOT: S-08-2

PER: 03-2024

PPV: 106,80DH

LOT: S-11-1

PER: 03-2024

PPV: 106,80DH

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPU 118DH50

EXP 04/2025

LOT 2N026 4

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80

EXP 11/2024

LOT 20019 1

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPU 73DH80  
EXP 04/2025  
LOT 35009 4

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80  
EXP 12/2024  
LOT 20019 5

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPU 73DH80  
EXP 01/2025  
LOT 2N025 3

EFFIPRED® 20 mg

PPU 58DH40  
EXP 11/2024  
LOT 10022 15