

## 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 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)			
Matricole: 194260			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom: MOHAMED GHIZI			
Date de naissance: 01/01/1943			
Adresse: HAYE Koudia			
Tél.: 06.10.51.19.12	Total des frais engagés: 1228,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin:			
Date de consultation:			
Nom et prénom du malade:			
Lien de parenté:			
Nature de la maladie:			
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.			

DR. MAMMAL AZIZ  
Pneumologie et Radiologie  
113 Bd. Abdelkrim Al Khattabi  
Marakech - Tél: 05 24 42 01 00

09 FEV. 2024

CEHIZI, Mohamed Age: 80

Lui-même  Conjoint  Enfant

Affection Respiratoire

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 MARRAKECH  
Signature de l'adhérent(e): GHIZI

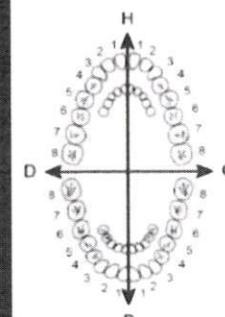
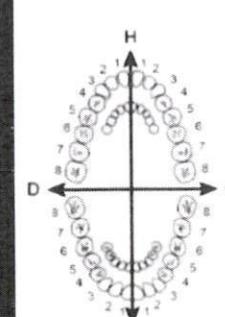
Le 29/01/2024

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
8/1/24	CS		2500H	INP : 071083877 DENTISTE - Allergolo - 07/00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/1/24 072042508	778,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	8/1/24 Rx Throat	Face	2000H

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particier	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.																
<b>Important :</b> 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 : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>				<input type="text"/>												
<b>FIN D'EXECUTION</b>				<input type="text"/>												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<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"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

**Dr. MAHMAL Aziz**

**Professeur**

**Spécialiste de l'Appareil Respiratoire**

**Tuberculose, Asthme et Allergie**

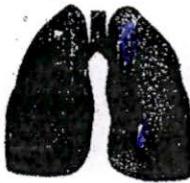
- Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Marrakech

- Diplômé de la Faculté de Médecine

de Strasbourg (France)

Bronchoscopie, Désensibilisation,

Exploration Fonctionnelle Respiratoire



**الدكتور مهمال عزيز**

**أستاذ**

**اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي**

**السل - الضيقa و الحساسية**

**أستاذ سابق بكلية الطب بمراكش**

- خريج كلية الطب بستراسبورغ - فرنسا -

التنظير القصبي، فحص الوظيفة التنفسية.

**خاليل احساسية و الضيقa**

Report

Marrakech. le:

8/11/24

Mr CHAH Mohamed

Radiation fav

- syndrome Brachiofibros
- syndrome pulmonal

**Dr. MAHMAL AZIZ**

**Professeur**

**Pneumologie Allergologie**

**113 Bd. Abdelkarim Al Khattabi Bloc B Rés. Al Mohandis**

**Marrakech - Tel: 05 24 42 07 00**

شارع عبد الكرم الخطاطibi عمارة المهندس بلوك B شقة رقم 3 . الطابق 1 جليز مراكش. (قرب اسيما جلين)

Bd. Abdelkarim Khettabi, Res. Al Mohandis Bloc B, App N°3, 1<sup>er</sup> étage (près Acima Guéliz) Marrakech

B: 05 24 42 07 00 P: 06 6144 51 76 المحمول: mahmalaziz@yahoo.fr البريد الإلكتروني:

**Dr. MAHMAL Aziz**

**Professeur**

**Spécialiste de l'Appareil Respiratoire**

**Tuberculose, Asthme et Allergie**

- Ex. Enseignant à la faculté de Médecine de Marrakech

- Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg (France)

Bronchoscopie, Désensibilisation,  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



**الدكتور مهمال عزيز**

**أستاذ**

**اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي**

**السل - الضيق و الحساسية**

**- أستاذ سابق بكلية الطب بمراكش**

**- خريج كلية الطب بستراسبورغ - فرنسا**

**- التنفس القصبي، فحص الوظيفة التنفسية**

**خاليل احساسية و الضيق**

Facture

Marrakech. le:

8/11/24

Mr. CHAK Mohamed

Radiotherapy case

→ Reg. 10201A

**Dr. MAHMAL AZIZ**

**Professeur**

**Pneumologie - Allergologie**

**113rd. Abdelkrim Al Khattabi Bloc B Rés. Al Mohandis**

**Marrakech Tél: 05 24 42 07 00**

شارع عبد الكرم الخطابي عمارة المهندس بلوك B شقة رقم 3 الطابق 1 جليز مراكش (قرب اسيما جلين)

Bd. Abdelkarim Khettabi, Rés. Al Mohandis Bloc B, App N°3, 1<sup>er</sup> étage (près Acima Guéliz) Marrakech

B: 05 24 42 07 00 P: 06 6144 51 76 المحمول: mahmalaziz@yahoo.fr البريد الإلكتروني:

**Dr. MAHMAL Aziz**

**Professeur**

**Spécialiste de L'Appareil Respiratoire**

**Tuberculose, Asthme et Allergie**

- Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Marrakech

- Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg (France)

Bronchoscopie, Désensibilisation,

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

**Dr. MAHMAL AZIZ**  
Professeur  
Pneumologie - Allergologie

Marrakech - Bd. Al Khatib Bloc B Rés. Al Mohandis

Marrakech - Tél: 05 24 42 07 00



**الدكتور مهمال عزيز**

**أستاذ**

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسى

السل - الضيقه و الحساسية

- أستاذ سابق بكلية الطب بمراكش

- خريج كلية الطب بستراسبورغ (فرنسا)

- التنظير القصبي ، فحص الوظيفة التنفسية،

تحاليل الحساسية و الضيقه

JPE : 072043508

8/1/24



Mr. Ghali Mohamed

49.40

Amoxiclav 500 mg 10/10 **1S**  
Bétasténe 1mg 10/10 **1S**

36.60

24 comprimés petit déjeuner

201.00

Tavamic 500 mg 10/10 **1S**

185.00

Soflex 250 mg 10/10 **1S**  
Beff + 21/10 **1S**

104.50

Sudadol 10/10 **1S**

32.60

Muxol 1000 mg 10/10 **1S**

شارع عبد الكريم الخطابي عمارة المهندس يلوك B الطابق 1 شقة رقم 3 جلينز مراكش (قرب مرجان ماركت)

Bd. Abdelkarim Khettabi, Res. Al Mohandis Bloc B, 1er étage App. N°3, (près Marjane Market) Marrakech

الهاتف : 05 24 42 07 00

Vaxiopistis



12530

778, n°

