

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11115

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZZEHIZI NABIL

Date de naissance : 05.06.1972

Adresse : 6, N° 6 Lot. KHAADRAoui, AÏD AL MOUR

Tél. : 0694768787

Total des frais engagés :

0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2021

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Paléose, perte de

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 : 21/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
14/10/2022		C2	900	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE FADEL</b> <b>SIDI ALI</b> <b>05 23 34 79 40</b>	14/10/22	695,20

## **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/10/22		645,20

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

## Important

Veuillez 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

## **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: vertical arrows point upwards (superior) and downwards (inferior); horizontal arrows point to the left (mesial) and to the right (distal); diagonal arrows point towards the upper-left (mesial-superior) and lower-right (distal-inferior). The letters H, D, G, and B are positioned at the top, bottom, left, and right ends of the arch, respectively.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khaoula ELATIQU

Spécialiste des maladies respiratoires

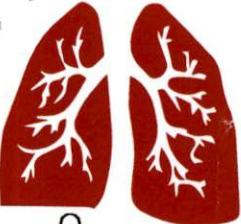
Membre de la Société Européenne de Pneumologie (ERS)

Membre de la Société Marocaine des Maladies Respiratoires (SMMR)

Pneumologie-Phthisiologie / Asthme-Allergologie

Tests Cutanés / EFR

Aide au Sevrage Tabagique / Pathologie du Sommeil



**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue soubeir bneu al aouam roches  
 noires casablanca  
**INEXIUM**  
 40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/15DMP/21/NRQ P.P.V: 123,60 DH  
 6 118001 020607

د. خولة العتيقي

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة

عضو في الجمعية المغربية للأمراض التنفسية

مرض السل / الربو-الحساسية

اختبار حساسية الجلد / فحص وظائف الرئة  
 الإقلاع عن التدخين / أمراض النوم (الشخير)

Dr. Azzedine Nabil

le 11/12/2022

218.00

1)

Série de 200

26 - 25 ab lees

837.2).

Rouge 200

dep 15 ab lees

227.

Peelby

dep 25 ab

1336533441

PHARMACIE FADEL

SIDI AY

691502337946

EV. ELATIQU Khaoula

Elkhadra 1835

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue soubeir bneu al aouam roches  
 noires casablanca  
**INEXIUM**  
 20 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 640/15DMP/21/NRQ P.P.V: 92,60 DH  
 6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue soubeir bneu al aouam roches  
 noires casablanca  
**INEXIUM**  
 40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/15DMP/21/NRQ P.P.V: 123,60 DH  
 6 118001 020607

GlaxoSmithKline Maroc  
 Aïn El Aouda  
 Région de Rabat  
 P.P.V: 218,00 DH  
 ID: 648245  
 6 118001 141876



05 23 35 18 35



dr.khaoula.elatiqi@hotmail.com

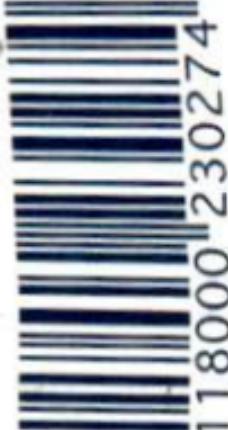
7، شارع المسيرة الخضراء (فولة مسبي سطحي موسى) الْبَدِيَّة

# ROMAC®/300 mg

roxithromycine

ROMAC® 300 mg

7 Comprimés pelliculés



6 118000 230274

Voie Orale

Boîte de 7 Comprimés  
pelliculés

83,70

LOT : 13122009  
Période : 03/12/2024  
Période : 03/12/2024  
DH