

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-761840



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 0738

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dernani Zohra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 400 + 3244,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. LYAZIDI Abdelkrim  
Neuro Psychiatre

83, Bd. 11 Janvier - Casablanca

Tél. : 05 22 44 36 50

Date de consultation : 06/02/2025

Nom et prénom du malade : DERNANI ZOHRA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Troubles bipolaires

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Céficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6/12/2019	C3	X 00 0	INP : 094 097 704	Dr. LYAZIDI Abdelkrim Neuro Psychiatre 83 Bd. 11 Janvier - Casablanca +212 52 44 36 50

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Caissier du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13	06/10/23	3244,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the dental arch. The teeth are numbered as follows: upper arch: 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar); lower arch: 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar). The numbers are arranged in a curved pattern along the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur LYAZIDI Abdelkrim

الدكتور اليزيدى عبد الكريم

NEURO - PSYCHIATRE

طیب نفساتی

## اختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية و أمراض الرأس

طبيب سابق بالمركز الصحي  
الجامعي ابن سينا بالرباط

شارع 11 ينابير الدار البيضاء  
(جانب سينما كولزي) 83

الهاتف والفاكس : 0522.44.36.50

پالمیعاد

((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

الدار البيضاء في: ٦ - ٧ - ٢٠٢٣ Casablanca le :

DERNOVNI 2014

113.35 x 6

1. Depolarize the neuron

120, 120<sup>2</sup> x 6 V

+ 2 vensep 100cp

83. fo x 61

3. Der dritte Tag

2  $\int_{6.0}^{10}$   $u^{\frac{1}{2}}$   $du$

38.3° + 9 Canadyl 80

35.  $\frac{1}{2}^0$   $\frac{x_3}{A}$

08:39 x<sup>5</sup> ASH) - 120

### *Durée de Traitement*

03 ms

A Revoir le :.....03/06/2023.....

Dr. LYAZIDI Abdelkrim  
Neuro Psychiatre  
83, Bd. 11 Janvier - Casablanca  
Tél. : 05 22 44 36 50

~~PHARMACEUTICALS LTD.~~ ICE: 003475000033

LOT : KA22818  
PER : JUN 2025  
PPV : 120 DH 10

LOT : KA22818  
PER : JUN 21  
PPV : 120 DH 10

LOT : KA22818  
PER : JUN 2025  
PPV : 120 DH 10

LOT : KA22818  
PER : JUN 2025  
PPV : 120 DH 10

LOT : KA22818  
PER : JUN 2025  
PPV : 120 DH 10

LOT : KA22818  
PER : JUN 2025  
PPV : 120 DH 10

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

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

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

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

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

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

SYNTHMEDIC  
22 rue poussier bneu el aquam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

100mg  
Boite de 60  
26916 DMP/21NSF PPV:276,00 DH  
6 118001 021307

SYNTHMEDIC  
22 rue poussier bneu el aquam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

100mg  
Boite de 60  
26916 DMP/21NSF PPV:276,00 DH  
6 118001 021307

LOT 230361  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

• Pour prendre votre médicament, informez votre médecin si :

• Vous, ou quelqu'un de votre famille, avez ou avez eu des problèmes cardiaques tels qu'un battement de cœur très

150 mg, 200 mg, 300 mg comprimé  
quétapine fumarat

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30

P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30

P.P.V : 113,30 DH

Si vous  
5 118001 081073

Si vous  
ou souffrir de  
vertiges ou d'  
réduire progr

Si vous avez  
plus d'inform

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30

P.P.V : 113,30 DH

5 118001 081073

Si vous avez  
effets indésirables  
chez tout le monde.

Si l'un des événements suivants se produ

prendre Seroquel et contactez un médecin ou rendez-vous

immédiatement à l'hôpital le plus proche, car vous pourriez

avoir besoin de soins médicaux d'urgence:

Peu fréquent (affecte moins de 1 personne's

• Convulsions ou attaques

• Réactions allergiques telles que boursouf

gonflement de la peau et gonflement auto

• Mouvements incontrôlables, particulièrement

visage ou de la langue (dyskinésie tardive)

Rare (affecte moins de 1 personne sur 1000)

• Une température élevée (fièvre), maux de g

ou des ulcères buccaux, respiration plus rapide, transpiration,

muscles rigides, une sensation de somnolence ou d'évanouissement, une augmentation

artérielle ou du rythme cardiaque.

• Jaunisse (coloration jaune de la pe

• Priapisme (érection prolongée et d

• Caillots sanguins dans les veines, jambes (ces symptômes incluent g

rougeur dans la jambe), qui peuvent tra

sanguins jusqu'aux poumons, entraînant

thoraciques et des difficultés res

Très rare (affecte moins de 1 persc

• Réaction allergique sévère pou

• Réaction allergique sévère pou