

## 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

- Reclamation : 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.

N° W21-824296

Optique *182289*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7838**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**AMAROUCHE KHALID**

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

**27/05/1967**

**2 Rue Gascogne Pcs EL MOKT LILLA - ETG1 - MT 2**

**0661691366**

Total des frais engagés :

**1111100**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Amaroche Ben Abdellah Spécialiste*

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

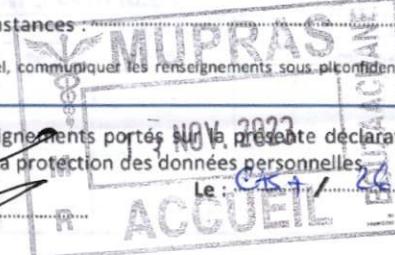
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de l'aide relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *DR. AMAROUCHE*

Signature de l'adhérent(e) : *AMAROUCHE*



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26              | CS                |                       | 322,00                          | INP : DB16233741   |
| 10              |                   |                       |                                 |  |
| 23              |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 | INP : DB16233741   |

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fourguiseur  | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE MARABOUT<br>Dr. Camira EL HACHEM<br>13 BIS, Rue de Rome<br>Casablanca - Tel.: 022 29 75 45 | 26/10/2023 | 845,00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins     | Coefficient          | INP : <input type="text"/>                   |
|------------------------------|---|----------------------|----------------------|--|
|                              |   |                      |                      | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |   |                      |                      | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |                      |                      | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |                      |                      | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                      |                      | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              | <b>H</b>  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS      |
| <b>D</b>                     | <b>G</b>  | 35533411             | 11433553             | <input type="text"/> DATE DU DEVIS           |
| <b>B</b>                     |   |                      |                      | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION     |
|                              | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                      |                      |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,



ضراء بنعبد الرزاق

عن الأطفال والرضيع

بنجع (بلجيكا)

LOT 230300 2

EXP 12 2026

PPV 80 10

EXP 12 2026

PPV 80 10

CASABLANCA, le 26.10.2023

Mr AMAROUCHE Ali

80,10 (x4)

1 XYZALL 5mg cp pellic : B/28

1 cp le soir, pendant 4 mois.

123,60 FLIXONASE 50 µg/dose susp nasal : FI/120doses

1 pulvérisation le matin, pendant 2 mois.

36,60

3 BÉTASTENE 2 MG

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 jours

96,00

4 PRAZOL GEL 20 MG

Prendre 1 gélule le matin, pendant 28 jours.

14,00

5 DOLIPRANE CP 500 MG

1 cp toutes les 6 heures pendant 2 jours

40,90

6 ZINASKIN

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 10 jours.

168,20

7 AUGMENTIN 1 G DSD

Prendre 1 gélule le matin, pendant 10 jours.

451,30

بارك عبد المؤمن زاوية شارع أنوال السدخل A شيكوز 7، 10000 الدار البيضاء، المغرب  
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 81 50 00

8 VENTOLINE AEROSOL Urgence : 06.63.05.28.12 - المستعجلات : denkhadrahanou@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:123,60 DH  
ID:651085  
6 118001 140299

PHARMAS LOT : 1156  
UT.AV: 01-26  
PPV: 36DH60

PPV: 96DH00  
PER: 06/25  
LOT: M218-3

PPV: 14DH00  
PER: 03/24  
LOT: K891

PPV 400H90 EXP 07/2024  
LOT 15032 3

PPV: 168,20 DH  
LOT: 563262

Casablanca, le

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,



## de pédiatrie

## الدكتورة حنا بنخضراء بنعبد الرزاق اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع خريجة كلية الطب بليبيه (بلجيكا)

CASABLANCA, le 26.10.2023

Mr AMAROUCHE Ali

2 bouffées toutes les 4 heures à espacer en fonction de l'évolution et à arrêter quand la toux s'arrête

Dr Hanane BENKHADRA

نهاده مختبر ای بی سیمیکس  
Dr. Samira JARDIN ISESCO  
13 Bis, Rue de Rome Rés. Nora  
Casablanca - Tél.: 022 29 75 45

Casablanca, le-----

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— [benkhadrahanan@gmail.com](mailto:benkhadrahanan@gmail.com) — **Urgence :** 06.63.05.28.12 : — Sur rendez-vous —