

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

AS4577

Couer

Code réservé à l'adhérent[e]

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HEMODIALYSE MAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Nephrologue

81, Rue LAMHANNED RACEM BIR RAMI

Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

Age: 61 ans

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *FATHI BEN Abdellah*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *DK cell Hemodialyse chronique*

Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie : *DK cell Hemodialyse chronique*

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 : *Ben Abdellah* Le : 08/03/2013

Signature de l'adhérent[e] : *Ben Abdellah*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-0056933**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
04/07/23	ANNUX	g	 CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA Dr Aziza Laalou - Néphrologue 8, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI Tél. 05 37 377070 - Fax: 05 37 377011	 CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA Dr Aziza Laalou - Néphrologue 8, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI Tél. 05 37 377070 - Fax: 05 37 377011

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

INFORMATIONS			
Képi et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الاصطناعية ماماورا

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلية الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

le 06.02.23

Mr. Farhati Jaleela
51,60

1) Saed yellew Bg = 1/3
(103, 90 DTH)

2) SNCN NMC Bg = 1/2 B
(60 DTH)

3) CAFIR 1000 = 1/3 P115, 400 DTH

Q5702 min

Tot (278,60 DTH)

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMI
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENITRA
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81، زنقة المهندق قاسم، بشر الرامي

(قرب المحكمة الإبتدائية) - القنيطرة

الهاتف : 05 37 37 70 11 - الفاكس : 05 37 37 70 70

جعlement sur ord

ستروم ٤ ملخ

اسينوكومارول

Sintrom® 4 mg

Acenocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00



20,00



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

Lot :

20,00

Sintrom® 4 mg

Acenocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ



LOT 1092021
EXP SEP 2024



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 1092021
EXP SEP 2024



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGÄU 36 - 8400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Sous licence [منحة] de laboratoires Pierre Fabre Médicament
Fabriqué par [المصنوع في] Pierre Fabre MEDICAMENT PRODUCTION
PIERRE FABRE - B.P. 77 - 45502 Gien - Cedex France
Rue du Lycée - بشارع المدرسة - شارع المدرسة 77
Tél. 02 38 52 52 77 - 02 38 52 52 78
Tél. 02 38 52 52 77 - 02 38 52 52 78

سیدکس فرنسا 45502-B جیبن -

AMM N° 197/19/DM

322084

6 118001 100620

6 ° 116,00
TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg
Distribué par Cooper Pharma
Ahmed Diouri - Casablanca
Tous droits réservés

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

الموزع
tribué par/
Diouri, 20110 Casablanca
Mohamed
نفقه محمد ديويري
الـ 20110
41

COOPER
PHARMACEUTICALS

جین - B 45502 - جین - سیدکس فرنسا

AMM N° 197/19/DM

322084

A standard linear barcode is positioned above the number 6118001100620.

6 ° 116,00
TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg
Distribué par Cooper Pharma
Ahmed Diouri - Casablanca
Tous droits réservés

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

الوزع
tribué par/
diouiri, 20110 Casablanca
e Mohamed
Renza محمد ديويري 41
الـ 20110

COOPER
PHARMACEUTICALS