

**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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0056932

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Néphrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAM
Tel. 05 37 377070 - Fax. 05 37 37 78 11

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **FATIMA Jaouida** Age: **65ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **PRC en traitement chronique**

Affection longue durée ou chronique ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : **néphrologie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **29 MAR 2023**

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 : **Kenitra** Le : **08/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0056932**

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 :

RELEVÉ 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
04/03/23				<p>Centre d'HEMODIALYSE MAAMORA</p> <p>Dr. Aziza Laalou - Naciri</p> <p>Néphrologue</p> <p>81, Rue LAMHANNED KAKEM BIR RAMI</p> <p>Tel: 05 37 37 00 70 - Fax: 05 37 37 70 11</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>PHARMACIE EL HAKOU</p> <p>Dr. ZARHOUNI</p> <p>Lousserment Azharoua</p> <p>Kénitra - Tél: 05 37 35 00 20</p> <p>INP</p> <p>052012754</p>	04/03/23		332,90 DH

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

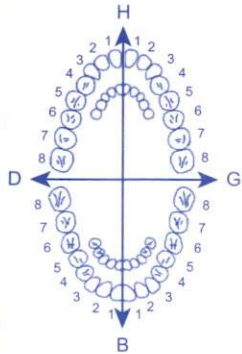
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		G	B	
	D				
	25533412	21433552			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000			
	00000000	00000000			MONTANTS DES SOINS
	35533411	11433553			
	[Création, remont, adjonction]				DATE DU DEVIS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الإصطناعية معمورة

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

Ye - Fourni Jallila

04-03-23

- 1) Sirop Bile = $\frac{1}{2}$ (60 DH)
- 2) Tadalafil Bg = $\frac{1}{2}$ (103, 20 DH)
- 3) CACIT 1000 = $\frac{1}{2}$ (115, 40 DH)
- 4) Rheumance 1 x 2 (22 DH)
- 5) Doliprène 1 x 1 (34, 60 DH)

ps pour 01

Tot (332, 90 DH)

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR RAMDr. ZARHLOUL Khaddouj
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENISRA
Tél.: 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 70

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

ICE N°: 001654673000089



Sous licence/برخصة من Laboratoires Pierre Fabre Médicament
Fabriqué par /المصنع

PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION

Rue du Lycée - B.P. 77 - 45502 Gien - Cedex France

بيير فابر دواء للتصنيع

شارع الليسيه - B.P.77- 45502 جين - سيدكس فرنسا

322084



TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable

PPV : 51.60 DH

الموزع / Distribué par

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca

41, زنقة محمد ديوري 20110 الدار البيضاء



COOPER
PHARMA

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 2021360
EXP FEV 2025

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 2021360
EXP FEV 2025

PPV :
Exp :
N° Lot :

سنتروم 4[®] ملغ
سينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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



PPV 15DH80
PER 02/25
LOT 1731



PPV 15DH80
PER 09/25
LOT 12969
S1

PHARMAS
LOT : 5710
UTAV : 12-24
PPV : 22DH70