

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0056916

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718 Société : 165706  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FATHIMI Jamila  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA  
 Dr Aziza Laalou - Naciri  
 Nephrologue  
 81 Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI  
 Tel. 05 37 37 70 70 - Fax 05 37 37 70 11  
 Cachet du médecin  
 Date de consultation : 01/06/2023  
 Nom et prénom du malade : FATHIMI Jamila Age : 65 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : IRC dialyse chronique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/01/23        |                   | CS                    |                                 | <div> <div> CENTRE D'HEMODIALYSE<br/> Dr. AZIZO LAGHOU - NAGIRI<br/> Néphrologue<br/> Rue TAMHANNED KACEM BIR RAMI<br/> Tel: 05 37 377070 - Fax: 05 37 37 70 11 </div> </div> |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

537.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

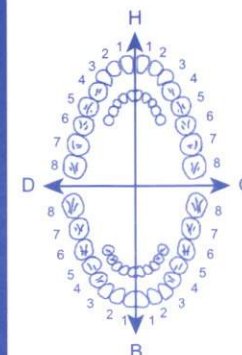
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

25533412 21433552

00000000 00000000

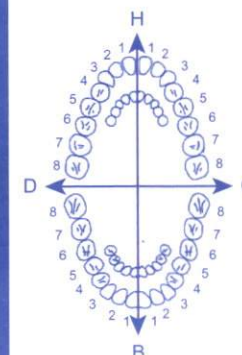
D 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

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 والكلىة الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

23-06-2016

De-famini jallila

20.00 x 03

1) STASONE C = 1/2 / SV

51.60 x 03

2) Dedyfuron Bg = 1 / SV

107.70 x 03

3) CALIS 1000 = 1 / SV

OS p 1 mar

537.90

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA  
Dr Aziza Laalou - Naciri  
Néphrologue

81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI  
Tél. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 11

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, زقة المهند قاسم، بئر الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

ICE N°: 001654673000089

PRV :  
Exp :  
N° Lot :

20/00



↓  
(x3)  
Ged

322084

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



**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

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

322084



LOT 2110165  
EXP 11 2025



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70





LOT 2110165  
EXP 11 2025



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70







LOT 2110165  
EXP 11 2025



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70

