

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M22- 0056916

Optique  Autres

(165706)

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FAHIMI ~~Jamilia~~

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  
Nephrologue  
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI  
Tel. 05 37 37 70 70 Fax 05 37 37 70 11

Date de consultation : 01/06/2023

Nom et prénom du malade : FAHIMI Sallila Age: 61 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : EDC est une 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) :

## 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
07/09/13			<p style="text-align: center;">ENTRE D'H</p> <p style="text-align: center;">LAZIZA LOAIDI ET HAMMOURA</p> <p style="text-align: center;">NEHAD BOUOGUE</p> <p style="text-align: center;">RE: 05.37.377024</p>	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INP 052012734	05 37 35 02 29	537.90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

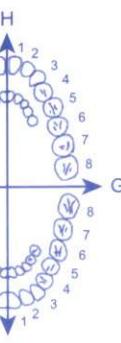
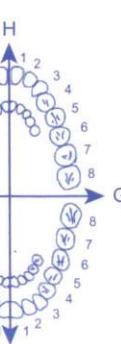
AUXILIAIRES MÉDICAUX

## 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 canalaïres, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>



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 الاصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

601 - 06-23

Mr-fakini Jelleila  
20.00x03

1) Glucose U = 1/2 Ig SV

51.60x03

2) Creatinine Bg = 1 Ig SV

107.70x03

3) Crétir 1000 = 1 Ig SV

OSR 02 Mar

537,92

Pharmacie ALHAROUN  
Dr Zohra KHADDOUJ  
Tél: 05 37 35 00 20

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA  
Dr Aziza Laalou - Naciri  
Nephrologue

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، زنقة المهندق قاسم، بشر الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

الهاتف: 05 37 37 70 11 . الفاكس: 05 37 37 70 70

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20/08



↓

(x3  
Ged)

322084  
PPV : 51.60 DH  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Distribué par Cooper Pharma

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg  
30 comprimés pelliculés  
TARDYFERON B9



6 118001 100620



6 118001 100620

TARDYFERON B9  
30 comprimés pelliculés  
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

322084  
Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH



6 118001 100620

TARDYFERON B9  
30 comprimés pelliculés  
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

322084  
Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH



LOT 2110165  
EXP 11 2025



6 118001 040049

Fabricant :

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



LOT 2110165  
EXP 11 2025



6 118001 040049

Fabricant :

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



LOT 2110165  
EXP 11 2025



6 118001 040049

Fabricant :

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