

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

2023

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Optique

Autres

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZEROYAL ABD EIZI RAHIMA

Date de naissance : 15/10/1955

Adresse : maroc casablanca

Tél. : 06 74 03 63 28 Total des frais engagés : 1320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 9



Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : Bettouli Fatiha Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Deraa

Le : 23/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

ACCUEIL

#### 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
19/08/14	OS		0 statut	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL OUMOUIMA DÉPARTEMENT DE LA HAUTE VOLTA</i>	<i>14/3/21</i>	<i>1320,00</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# مركز أوراض الكلي و تصفية الدم لأولاد حريز

Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr. Amal AYAD  
Spécialiste en Néphrologie  
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد  
اختصاصية في أمراض الكلي  
و تصفية الدم

Berrechid le : 19/03/2021

Bettissi Fatiha

1) Simtrem 40g 1 Boite  
40,00

2) Lasilex 40g 4 Boite  
34,60

3) Flex pen 1 Boite  
58,10

4) Vitanaseil forte 1 Boite  
28,80

5) Unalfa 1 mg 1 Boite  
172,00

6) heparat 1 Boite  
68,60

7) Amoxil 1 g 1 Boite  
55,00

DR Ouled Hriz  
Berrechid  
2021

PHARMACIE  
Ouled Hriz  
Berrechid  
2021

Centre d'Hémodialyse  
**OULED HRIZ**  
Dr. Amal AYAD  
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse  
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid  
Gsm: 06 22 61 62 51  
0522 32 00 51 - fax: 0522 83 40

تجزئة أولاد حريز، رقم 85 - برشيد - Lotissement Ouled Hriz N° 85 - Berrechid

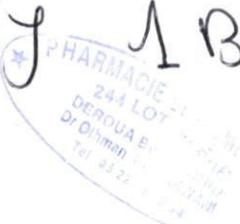
E-mail: amalayad@hotmail.fr

46,00

8) Belmalzol 200g 2 Boîte

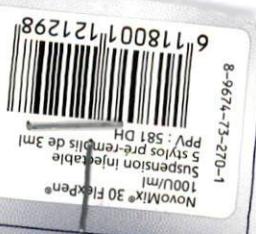
13

9) Fermed 100g 1 Boîte.



PPV : 20,00  
Exp :  
N° Lot :

PPV : 55,00 DH  
LOT : 644423  
PER : 01/22



LOT :

EXP :

PPV :

96,00

PPV : 20,00 DH  
LOT : 20E022  
PER : 07/2024

6 118000 060468

PPV : 20,00 DH  
LOT : 20E020  
PER : 05/2024

6 118000 060468

PPV : 20,00 DH  
LOT : 20E023  
PER : 09/2024

6 118000 060468

PPV : 20,00 DH  
LOT : 20E020  
PER : 05/2024

6 118000 060468



Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYME  
Quartier Arsalane-Rue Amjet Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule

Boîte de 30 capsules



Un-Alfa® 1 µg\*, capsule

68,60 DH

07/2023 - Via delle  
Importé et  
Ber

PPV  
LOT 98,80  
PER