

## 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.

60972  
Recette

## Déclaration de Maladie

N° W19-471498

65175

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8714	Société : Ram		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GRIOU ABDELLAH Idriss			
Date de naissance : 03.06.1963			
Adresse : Lot N° 103 Rue 3 N° 43 EL ouffar casa			
Tél. : 0662372245		Total des frais engagés : 201458,70 Dhs	
Dr. Mohamed EL AMRANI Néphrologie Hypertension de l'USM Ancien Interne Hôpital Necker PARIS 252, Bd Ibn Sina, Casablanca Tél: 05 22 39 13 12			
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/03/2021 Nom et prénom du malade : GRIOU ABDELLAH Idriss Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Gastrostomie + Diabète 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : 			
Le : 20/03/2021			

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 : Casablanca  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 20/03/2021

### 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
13/03/2021		C2	200	INP : 7119501941 Dr. Mohamed EL AMRANI Néphrologie Diplômé de l'ULB Ancien Interné Hôpital Necker PARIS 252, Bd Ibn Sina, Casablanca tel: 05 22 39 13 12

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ACHOUR ER</i>	04/03/2021	158,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				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 00000000 35533411 11433553 G B	Coefficient DES TRAVAUX _____
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 DE DIALYSE KHEIR

Dr. Mohamed ELAMRANI

Néphrologue diplômé de l'ULB

Ancien interne hôpital Necker - Paris

Membre société française de néphrologie et  
De la société européenne de transplantation rénale



090001116

الدكتور محمد العمراني  
اختصاصي في أمراض الكلى من بروكسل  
طبيب داخلي سابقاً بمستشفى تكير بباريس  
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الكلى  
وعضو بالجمعية الأوروبية لغرس الكلى

CASABLANCA, LE

4 / 3 / 2021

MR GRIOU ABDELLAH

194.60

- fylax 400

Bôte de 74

LOT 193099  
EXP 03/22  
PPV 196DH60

89.50

- Lixitrol

5.1

مساء

REF 317MA

X1005 0724

LOT PER

Prix 89.50

43.80

- idrok

160

5.1

(العشاء)

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80

EXP 09/2022

LOT 06043 5

98.80

- N6 pen

160

5.1

قبل العشاء

458.70

Dr. Mohamed EL AMRANI  
Néphrologie Diplômé de l'ULB  
Ancien Interne Hôpital Necker  
PARIS

252, Bd Ibn Sina, Casablanca  
Tél: 05 22 39 13 12