

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'ophtalmologue 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.

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

N° W21-662096

PCP
courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 3718

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANDOUL Hassoun

Date de naissance : 30/09/1972

Adresse : Lot 612, Quartier SAYADI

Kenitra 14000

Tél. : 06.01.27.82.89 Total des frais engagés : 199,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre d'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
81, Rue LAMHANNED KACBIR
Tél. 05 37 37 70 79. Fax : 05 37 37 20 00

Date de consultation : 02/02/2012

Nom et prénom du malade : Fanta

Age : 62 ans

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 : Fanta

Le : 02/02/2012

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-662096

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
09/12/20		G	81.700 TAR 05 37 377020 - FAY	CENTRE D'EMERGENCE D'EMERGENCE DAZIZA LPAJOU - NOCIRI Nephrologie LAMHANNED KACEM

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AZHAROU KHADDO Dr ZAHRAOU KHADDO Lot. 3 Corrasement Azharou 85 35 35 00 20 Kinshasa - TEL: 85 35 35 00 20 052012754	02/12/21	199,60

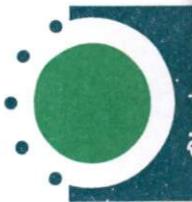
ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				OD.F PROTHESES DENTAIRES 																				
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
				H		25533412	21433552																	
				D		00000000	00000000																	
				B		35533411	11433553																	
G																								
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								



PPV :

Exp :

N° Lot :

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

20,00

BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 09/22
LOT : 9091613BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 09/22
LOT : 9091613

الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلية الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

P 02-12-2024

9€ ~~10€~~ ~~11€~~ Gallia

$$36,00 \times 3 = 108,00$$

1) Gallia 1000 = 1/3

51,60
2) Tardiferon Bg = 1/3

$$20,00 \times 2 = 40,00$$

3) Sinirlo N 400g = 1/3

Qsp 01 min

BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 09/22
LOT : 9091947

6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mgDistribué par Cooper Pharma
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

CE

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMSI
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENITRA
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 1181، زنقة المهندس قاسم، بشر الرامي
قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

ICE N° : 00165467300089

Dr. AZIZA LAALOU - NACIRI
Néphrologue
Centre d'Hémodialyse MAAMORA
81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMSI
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11
E-mail : azizalaalou@yahoo.fr
Dr. ZAFAR SOUL KHADDO
Néphrologue
Centre d'Hémodialyse MAAMORA
81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMSI
Tél. : 05 37 35 00 20 - Fax : 05 37 37 70 11
E-mail : zafarsoulkhaddo@yahoo.fr