

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.

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° W21-680540

Day
coupe

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 4204	Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : JENNAN ABDALLAH		
Date de naissance : 07/03/1984		
Adresse : Bloc J N° 28 Pépinière Salle 0662 U103b6		
Tél. :	Total des frais engagés : 61,60 Dhs	



Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :	Dr. Mohammed Nassir AMAR Spécialiste des Maladies des Reins et Hémodialyse - INPE : 101236297 Palestine Belana - Salé Tel: 0537.88.08.06		
Date de consultation :	12/01/2022	Age:	
Nom et prénom du malade :	ZAINABE Abdellah		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Hémolyse chronique		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **12/01/2022**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-680540

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
12/1/2022	6	L	B	INP : 10123629123 Dr. Mohammed A. 265 INPE Spécialiste des Maladies des Reins et Hépatose - INPE - 101238297 18. Av. Palestine Bettana, Sale Tél: 05 22 52 55 - Fax: 0531 83 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'ouube Dr. SAHEL Alquai Sale 47, Bd Torres Vaquez 16.00 Tél: 05 22 52 55 - Fax: 0531 83 06 06	12/1/2022	67.60

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

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 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				

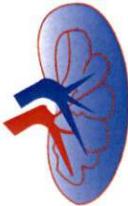
Dr Mohammed Anass AMAR

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse
Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

CENTRE D'HEMODIALYSE DIYAR SARL - SALE



101236297



الدكتور محمد أنس اumar
إختصاصي في أمراض الكلى وتصفية الدم
خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
مركز امراض الكلى وتصفية الدم ديار - سلا



100001296

Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236297
18, Av. Palestine Bettana - Sale
Tél: 0537.88.53.55 - Fax: 0537.88.06.06

Salé, le 12/01/2022

Made latt JENNAWE

61,60

SAL CIIIA

2 x

mm

(x 01 wosi)

Pharmacie de l'aube
Dr. SAHEL Lalla
47, Bd Torres Tabriquet - Salé
Tél: 05.37.85.56.00
INPE : 102012366

Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236297
18, Av. Palestine Bettana - Sale
Tél: 0537.88.53.55 - Fax: 0537.88.06.06

18، شارع فلسطين بطانة - سلا الهاتف : 05 37 88 53 55 - 05 37 88 00 88 - المحمول :

18, Avenue de Palestine, Bettana - Salé, Tél. : 05 37 88 00 88 / 05 37 88 53 55 - GSM : 07 67 61 26 82

ICE : 002216223000018 - medanassamar@gmail.com / dialysediyar@gmail.com

Indications thérapeutiques :

Ce médicament apporte du calcium.
Ce médicament est préconisé dans les déficits en calcium chez les insuffisants rénaux chroniques.

Calcidiol®

Complexum de vitamine D₃



6 118000 240235

دوار في الاستعمال :

يُوصى بتناول هذا الدواء الكالسيديوم بصفة يومية، في حالة نقص الكالسيوم لدى المصابين بفشل ك�ردي مرضي.



PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

SIL SOEKAMI - LEFRANCQ

لوج 20 - تجارة جبنة العالية
فاس، المغرب

€ 1,54 תג זילע

L O T 21006
F E R F E V 25
F F V 610 H 60