

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ucation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## adie 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.



Declaration de Maladie

N° W19-511351

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **R.A.M.**

Matricule : **3718** Société : **R.A.M.**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **KANDOUH Hassan**

Date de naissance : **30/09/1952**

Adresse : **Lot 612 Quartier SAYAD Kénitra 14000**

Tél. : **06 01 238 289** Total des frais engagés : **133,20**

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA Dr Aziza Laglou - Naciri Nephrologue 81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI 05 37 37 7070 - Fax : 05 37 37 70 11**

Date de consultation : **04/06/2022**

Nom et prénom du malade : **Mr. Joudi** Age : **69**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **IRC**

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Kénitra** Le : **04/06/22**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-511351

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 : .....

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alail Ben Abdallah - Casne Espace Asala Rue Mohamed Elbair et Rue Alail Ben Abdallah - Quartier de Phénicie



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
			INP: 	

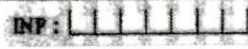
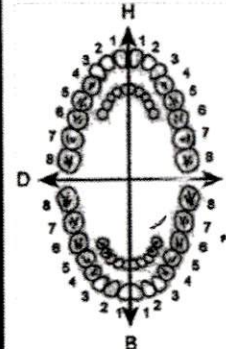
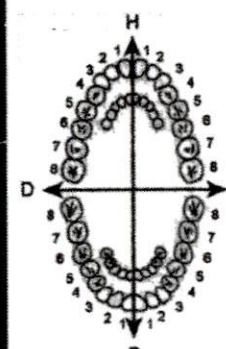
EXECUTION DES ORDONNANCES		
achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/06/22	33,20
Pharmacie Ismailia I.N.P. : 052014840		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
achet et signature du radio 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
		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.

RELEVÉ 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 d																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
D.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2553412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3553411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H				2553412	21433552		0000000	0000000		D		G	0000000	0000000		3553411	11433553		B			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	H																									
	2553412	21433552																								
	0000000	0000000																								
	D		G																							
	0000000	0000000																								
	3553411	11433553																								
	B																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PPV :  
Exp :  
N° Lot :



MORA

6 118001 100620  
TARDYFERON B9  
30 comprimés pelliculés  
fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg  
Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Elouadi - Casablanca  
Amino DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51,60 DH

322084

**Dr. Aziza LAALOU - NACIRI**

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

د. لعلو الناصري

أخصائية في أمراض الكلى والكلى الاصطناعية  
خريجة كلية الطب بباريس

Me Fattai Jaleel

06-06-2022

51,60

1) Tardyferon B9 = 1/1

61,60

2) calciolac = 1/1

20,00

3) simvastatine 4 mg = 1/2

✓

4) po 1 m

133,20

LOT 21016  
FER DEC 25  
PPV 610 H60  
61,60

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA  
Dr Aziza Laalou - Naciri  
Néphrologue  
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 المهند قاسم، بئر الرامي  
القرب المحكمة الابتدائية - القنيطرة  
الهاتف : 05 37 37 70 70 - الفاكس : 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089