

# 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0005106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1401 Société : 145424

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AARAB LAHOUINE

Date de naissance : 01.01.13

Adresse : 117 Bd Maufay Youssef

Tél. : 06.19.38.34.43 Total des frais engagés : 1236 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/01/2023

Nom et prénom du malade : AARAB LAHOUINE Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : prise en charge

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de 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
01/01/2023	C	2	6	Dr. Khatibou H. FURIA Néperiod 1982 - Hemodialysis Quba louni Nef - Casablanca Moudawia 1000 - 22-01-2023 Signature : Dr. Khatibou H. FURIA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. KAMPALUJI HEMDIAVY Nephrologist Hemodialysis Les Lourdes 148 SIDI Mounir Casablanca Tél: 0527-75-75-Fax: 0527-75-75	04/01/2023	123 (D)

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

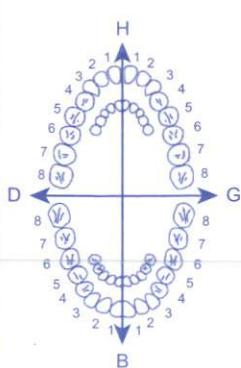
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIBLES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	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 تصفية الدم وأمراض الكلى الروازى  
Centre de Néphrologie et D'hémodialyse Arrazi

Dr.KANBOUCHI Farida

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse  
Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca  
Ancienne interne du CHU de (Toulouse)



ذ.الكتيوشى فريدة

اختصاصية في أمراض الكلى - تصفية الدم  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقاً بمستشفى الجامعي ( تولوز )

Casablanca, Le : ٠٤/٠١/٢٣  
الدار البيضاء، في :

نـ اـ رـ اـ زـ لـ هـ وـ نـ

١٢٣٦٨) ، Araneap ٢٠٢٢ (-١١-)

أـ سـ لـ سـ / سـ

فـ تـ لـ دـ اـ سـ

Dr. KANBOUCHI Farida  
Néphrologue - Hémodialyse  
Rue 1 Avenue Oqba Ibnou Nafii Lot 1  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél: 05 22 71 54 75 - Fax: 05 22 71 54 79

جزءة لوبيو ، شارع عقبة بن نافع ١ رقم ٤٨ سيدى مومن - الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٧١ ٥٤ ٧٩ - الفاكس : ٠٥ ٢٢ ٧١ ٥٤ ٧٥  
Lot les Loupiots Avenue Oqba Ibnou Nafii Rue 1, N° 48 Sidi Moumen - Tél : 05 22 71 54 75 - Fax : 05 22 71 54 79  
E-mail : dialysearrazi@gmail.com - AC : 350095 - CNSS : 5245362 - IF 18776226 - Patente : 33066937 - ICE : 001568147000046

FR

Important : lire la notice avant de manipuler la seringue préremplie.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Médicament soumis à prescription médicale.

Liste I. Uniquement sur ordonnance.

AR

الرجاء قراءة النشرة قبل استخدام الحقنة المعلوقة مسبقا.

يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول الأطفال.

مستحضر دوائي يخضع لوصفة طبية.

قائمة ايصرف بوصفة طبية.



Distribué par FMC Pharma Afrique  
Technopole de Nouasser Maroc  
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS  
AMM(Aranesp 20) N°: 165/18 DMP/21/NRS  
PH: 1 236.00 DH

Aranesp 20 µg

1027926

Solution injectable en seringue préremplie  
Boite de 4 seringues préremplies sécurisées



6 118001 210060

Respecter les doses prescrites

احترموا المقادير الموصوفة