

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.



Déclaration de Maladie
M23-0017678

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IMANE HAMID
 Date de naissance : 185739
 Adresse :
 Tél. : 0660 34142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30 / 11 / 2023
 Nom et prénom du malade : LAHAB I NAHA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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 honoraires
30/11/23	C	2	G	Dr. KANBOU Néphrologie - Dialyse Lot les Loupiots Av. Oubayda Rue 1 N°48 Sidi Moussa - Casablanca Tél: 05 22 71 54 75 - 05 22 71 54 76

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/23	660,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	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"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	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 الرازي

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)



د. الكنوشى فريدة

اختصاصية في أمراض الكلى - تصفية الدم

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي (تولوز)

الدار البيضاء، في : 30/11/23 Casablanca, Le

17th NAIRA

LACHABY

137,20

1) VA STARCEL 35mg

ser, 0x3

2) COVERSYL 5mg (03 bailes)

41,70

3) PIRACAM sothem 20mg

42,70

4) Baycutene 2

34,60

5) Lasilix 20mg

114,10

6) Crestor 5mg



Dr. KANBOUCHI Farida
Néphrologie - Hémodialyse
Lot les Loupiots Avenue Oqba Ibnou Nafii
Rue 1 N° 48 Sidi Moumen - Casablanca
Tél: 05 22 71 54 75 - Fax: 05 22 71 54 79

جزيرة لوبيو، شارع عقبة بن نافع زنقة 4، سيدي مومن - الهاتف: 05 22 71 54 75 - الفاكس: 05 22 71 54 79

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

347) osposive S.V. 12/12/22

0) calcio

lomy

my

66030



Dr. KANBOUCHI Farida
Néphrologue - Hémodialyse
Lot les Loupains Av. Oula Ibnou Nafii
Rue 1 N° 48 Sidi Moumen Casablanca
Tél: 05 22 71 54 75 - Fax: 05 22 71 54 79

LOT: GX4017
PER: 02 2026
PPV: 22 70

LOT: 23E001
PER: 01 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V: 114,10 DH
6 118001 183104

PPV
34DH00

92,00

92,00

92,00

137,20

41,70