

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3718 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAHIMA JAMILA

Agouit

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Fahima JAMILA Age : 6 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD et ALC

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) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0056919

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 : .....

## 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
24/08/03	CG	Opérat	CENTRE D'HEMODIALYSE AMORRA Dr. Aziza Laalou Naciri Nephrologue 81, RUE AMHAMED KACEM BI RAMI Tel. 05 37 37 70 70 - Fax. 05 37 37 70 11	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AZHAROUN</b> Dr ZARTH LOUL Khaddouj Lotissement Azharoun, Lot n°363 ENTRA Tél : 05 37 35 00 20 -2012754	01/11/23	433,60 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

#### BELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

A 3D coordinate system with axes H (vertical), D (horizontal), and G (depth). A series of numbered points (1-8) are plotted in a spiral pattern along the H-axis.

A dental arch diagram showing the upper teeth. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. A central vertical arrow points downwards, indicating the direction of the bite.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مَدِينَةُ الْكَلَيْلَةِ الْمَهْدِيَّةِ مَعَمُورَة

49,40

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلية الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

نº فاتورة يالليا

21/01/2023

1) CACIR 1000 = 1/3  
(107,70 DH)



PHARMACIE AZHAROUN  
Dr ZARHOUUD Khaddouj  
Lotissement Azharoun, Lot n° 363  
KENITRA Tel: 05 37 35 00 20

2) تالديفلاون با (ولادة سهلة)  
(51,60 DH) 1/2 قپ



3) سينثوك 400g = 1/2 قپ 1  
(20,00 DH)



4) آندر 5 = 1/1  
(49,60 DH) 1 موت

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA  
Dr Aziza Laalou - Naciri  
Nephrologue  
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 المهندق قاسم، بئر الرامي  
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

ICE N° : 001654673000089

مدينات ٥٢١٥

Sintrom® 4 mg  
Acenocoumarol 10 comprimés



6 118000 1811187

سينتروم ٤  
أسينوكومارول  
ملبغ ٤

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20/08

مدينات ٥٢١٥

Sintrom® 4 mg  
Acenocoumarol 10 comprimés



6 118000 1811187

سينتروم ٤  
أسينوكومارول  
ملبغ ٤

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20/08

LOT 221040  
EXP 07/2025  
PPV 25.60DH



Distribué par / موزع

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca  
41, زنقة محمد دبرى 20110 الدار البيضاء



**COOPER**  
PHARMA



6 118001 100620

**TARDYFERON B9**  
**30 comprimés pelliculés**  
**Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg**

Distribué par **Cooper Pharma**  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

322084

Distribué par / موزع

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca  
41, زنقة محمد دبرى 20110 الدار البيضاء



**COOPER**  
PHARMA



6 118001 100620

**TARDYFERON B9**  
**30 comprimés pelliculés**  
**Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg**

Distribué par **Cooper Pharma**  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

322084



LOT 2110640  
EXP 11 2025

6 118001 040049

Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70





LOT 2110640  
EXP 11 2025

6 118001 040049

Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

