

## 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

M22- 0056921

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FAHIMI JAMILA  
Date de naissance : 19/04/35  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA  
Dr Aziza Laalou - Naciri  
Néphrologue

Date de consultation : 08/01/2024  
Nom et prénom du malade : FAHIMI JAMILA Age: 68 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : IRC en stade terminal  
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 ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056921

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 :



# 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 Actes
05/12/23		5		<i>[Signature]</i>

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA  
Dr Aziza Lachgar  
Néphrologue  
81, RUE LAMHANNED KACEM BIR RAMI  
Tél: 05 37 377070 - Fax: 05 37 37 70 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/12/23

405,8004

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

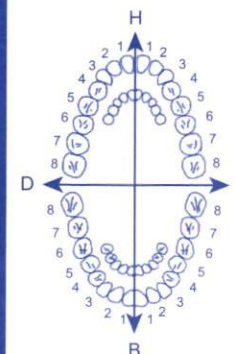
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الإصطناعية معمورة

Pharmacie ALYAZZAG  
Dr Zafihou KHAMOUD  
Lotis - Azharoune  
Kenitra - Tél : 05 37 37 70 11

**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 والكلىة الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

Mr. FATHI GALLITA 05-12-23

1) Taldexpon B g = 1/5 (51,60 DH)

2) CALI T 1000 = 1/5 (107,70 DH)

3) ANAPRONE u = 1/2 40/5 (20,00 DH)

4) ANEP 10mg = 1/5 (48,40 DH)

45 p 1 mg

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

CENTRE D'HÉMODIALYSE 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, زنقة المهندس قاسم، بئر الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

ICE N° : 001654673000089



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

49/40

LOT 230424  
EXP 03/2026  
PPV 49.40DH

Centre d'examens  
Laboratoire  
Néphrologie  
MARSA MARITIME  
MARSA MARITIME





LOT 3022926  
EXP 02 2026



Fabricant :

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



LOT 3022378  
EXP 02 2026



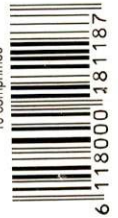
Fabricant :

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



ملغ 4 سنتروم ٤  
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg  
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

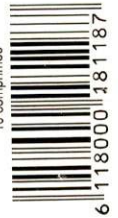
PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00



ملغ 4 سنتروم ٤  
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg  
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

