

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAHIMI

JAMILA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laâlou - Naciri
Nephrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 11

Date de consultation :

23 AVR. 2024

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ZRC de Hémodialyse chronique

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

M22-0056930

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 :

couper

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
22/12/01	G	CHIRURGIEN Dr A. Neciri Chirurgie pt. RUE LAMMANNED ALLEM BIR RANI Tel. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 70	CHIRURGIEN Dr A. Neciri Chirurgie pt. RUE LAMMANNED ALLEM BIR RANI Tel. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 70	CHIRURGIEN Dr A. Neciri Chirurgie pt. RUE LAMMANNED ALLEM BIR RANI Tel. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZHAROUNE Dr Zarhloul KHAOUADDOUJ Lotis. Azharoune lot N°363 Kénitra NP : 052072154	22/04/2024	255.20 306,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

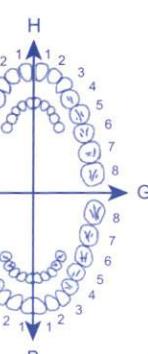
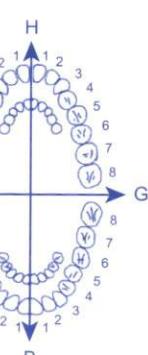
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 <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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	Coefficient des travaux <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie AZHAROUN
Dr Zerhouni ADDOUJ
Lotis. AZHAROUNE 101 N°363
Kénitra - Tel : 0537 35 00 20

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مَرْكَزُ الْكِلَةِ الْإِصْطَناعِيَّةِ مَامُورَا

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

le 27.2.24

Nr FATHNI Jaleela

- 1) Sédation uueg = 412.13 (SV)
2) Désoffection Bg: 1 (SV) / SSP
3) Calorimétrie = 1/3 (SV) / 01 mois

a) Réhydratation - 1 s x 2/3 x 48 h (SV)
b) Décipage 1000 = 1/3 (SV)

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، بشار الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

INP : 050006444 - INPE : 051087575 - ICE : 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



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

calcium

1000

Gacit[®] 1000



LOT 3022094
EXP 02 2026

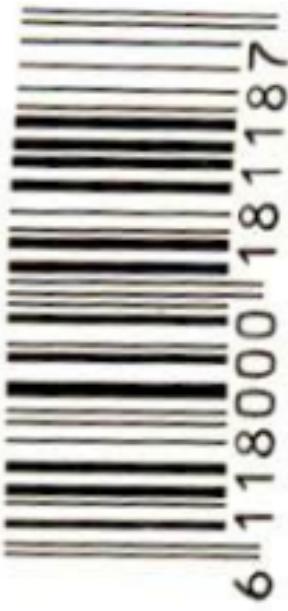
6 118001 040049

Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 38 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

مدة صلاحية ٢٩٤ ملء

Sintrom® 4 mg

Athiocoloumatri 10 comprimés



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

PPV ::
Exp ::
N° Lot :

٢٥,٨

Calcit[®] 1000

Calcium

1000 mg



10 Comprimés
effervescents

Voie orale

BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 07/26
LOT : 3070156

Titulaire
THERAMEX IRELAND LIMITED
KILMORE HOUSE, PARK LANE
SPENCER DOCK
DUBLIN 1 D01 YEB4 IRLANDE

Exploitant
THERAMEX France SAS
1 PLACE DE LA PYRAMIDE
92911 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36,
A-9400 WOLFSBERG
AUTRICHE