

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0056929

☐ 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'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Néphrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél. 05 37 377070 - Fax : 05 37 37 70 11

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Fourni Jaleila

Age : 66

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056929

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
18/12/22		5	Dr. Khaled Loulou - Nephrologue Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI Tel: 05 37 377070 - Fax: 05 37 37 70 14	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie AZHAROUNE Dr Zarghloul KHADDOUJ Lotis. Azharoune lot N° 36321 Kénitra - Tél : 05 37 35 00 20 INP 052012754</p>	22/04/2024	<p>484,80 418,20</p>

[illegible][illegible]

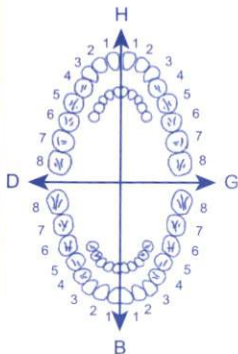
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

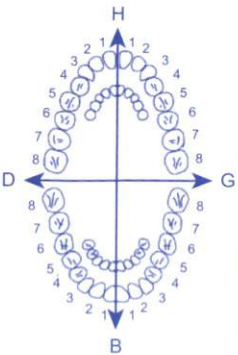
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

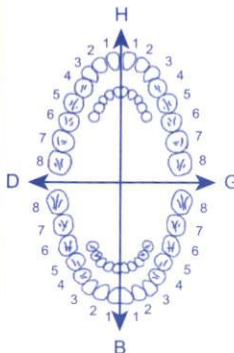
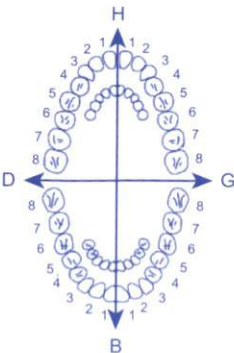
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: right;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <p>H</p> <p>B</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

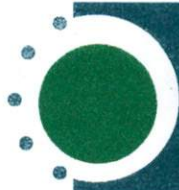
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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 L'EXECUTION



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الإصطناعية معمورة

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 والكلى الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

le 18.4.24

9e forum Jalloula

1) Sulfam 4 = 1/2 1/2

2) Tedypleon 3g = 1 1/2

3) Aclit 1000 = 1 1/2

4) Aclit 20 = 1 1/2

espo 1 mois

Pharmacie AZHAROUNE
Dr. Zarnoul KHALDOUJ
Lotis: Azharouni 01 N° 363
Zarnoul - Tél: 05 37 35 00 20

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

Dr Aziza Laalou - Naciri

Néphrologue

81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI

Tel. 05 37 377070 - 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 المهند قاسم، بئر الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

INP: 050006444 - INPE: 051087575 - ICE: 001654673000089



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

AROMAAM BYJAIDOMEN'D BTHAL
Dr Aziz Ladjou - Nephrologue
Nephrologue
RUE ALAMAHMED KACEM EL BACH
05 37 37 37 37 FAX 05 37 37 37 37

4 ملغ

ince

سنتروم
أسيتروسالول

Sintrom® 4 mg
Acetylsalicylic acid 10 comprimés



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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00



4 ملغ

ince

سنتروم
أسيتروسالول

Sintrom® 4 mg
Acetylsalicylic acid 10 comprimés



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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00



07,54

10 ملغ
عن طريق الفم

ألمورفين

28 x



قرصا

مدة ٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة

AME

28



6 1180

Calcium

Facit[®] 1000



LOT 3022534
EXP 02 2026



6 118001 040049

Fabricant :

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



1000 mg

Calcit 1000[®]



LOT 3070157
EXP 07 2026



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGAU 38 - 8400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107DH70



Calcium

Calcil 1000

1000 mg



Soft orange mandarine

Titulaire

THERAMEX IRELAND LIMITED
KILMORE HOUSE, PARK LANE
SPENCER DOCK
DUBLIN 1 D01 YEG4 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

10

**Comprimés
effervescents**

Voie orale



BOTTU SA
RPV : 36 DH 00
PER : 02/28
LOT : 3022094