

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- 0056929

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3718	Société :	...
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	...
Nom & Prénom :		FAHIMI JAMILA 20365A	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

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 : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin autorisant le Paiement des Actes
18/01/2012	S	5	<p style="text-align: center;">  Dr. AZIZ LALLOU - Néphrologue 11, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI Tel. 05-37-377070 - Fax: 05-37-377017 </p>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZHAROUNE Dr Zarhloul KHADDOUJ Lotis. Azharoune lot N°36 Kénitra . Tél : 05 37 35 00 26 INP 052012754	22/04/2026	185,80 418,20

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	

VOLET 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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

DENTES TRAITÉES : ODE

DETERMINATION DU COEFFICIENT

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلوي والكلية الإصطناعية

خريجية كلية الطب بباريس

Le 18.4.24

9E fantom Jelleila

1) Sintrom 4 = 1/2 1 SV

2) Radiprom 3g = 1 SV

3) Cetil 1000 = 1 SV

4) ANEP 10 = 1 SV

fsps 1 mois

Pharmacie AZHAROUNE
Dr Lamhanned KACEM BIR RAMI
N° 81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél : 05 37 35 00 20
N° 363

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou NACIRI
Nephrologue
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 المهندق قاسم، بشار الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

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

AROMAAM IRYUJQOMHJU DIAZOL
10 mg Kapseln - 100 Stk.
Nebenwirkungen
INHALT: 100 Kapseln
LEbensmittelprodukt
Produktionsnummer: 100620



سینتروم
Sintrom® 4 mg

Adenocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

مانع ٤

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

75,20

من طريقة
10

المولودين

28 x

قرصا

مدة ٣٧ صباح زوال مساده

6 1180



28

AME

calcium

Lactit[®] 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

calcium

Cacit[®] 1000



LOT 3070157
EXP 07 2026



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 38 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107DH70

Calcium

BOTTU 1000

1000 mg



Tribulairre
THERAMEX
KILMORE IRELAND LIMITED
SPENCER HOUSE, PARK LANE
DUBLIN 1 D01 Y664 IRLANDE

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

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

10 Comprimés
effervescents
Voie orale



BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 02/26
LOT : 3022084