

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W19-481652

42281

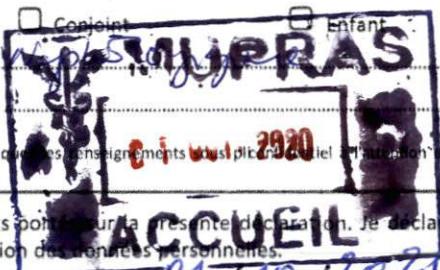
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5934	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	Retraite
Nom & Prénom : ASSAL. MUSTAPHA.			
Date de naissance : 03/09/1963			
Adresse : 445 EL HODA Lot chabab N°61 Berrechid			
Tél. :	06.04.68.56.33	Total des frais engagés : 1460 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :	ASSAL. MUSTAPHA		
Date de consultation :	Age:		
Nom et prénom du malade :	Assal mustapha		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Copain	Enfant
Nature de la maladie :	Affection nipp		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements susmentionnés 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) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
20/08/2022	(S)		6	INP : 1234567890 CENTRE DE SOINS BERTEAU Dr GOUNA Médecin Néurologue 15 lot Chatab Bertrand INPE : 0606211000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Faid r. Siham TAMIR N°: 1-2 Mosquée Faid (A côté du stade sportif) Benachir 05 22 33 68 22	20/08/20	1449,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
CONSEIL							

### **VOLET ADHERENT**

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



# مركز تصفية الدم ببرشيد

## Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI

Spécialistes en Néphrologie

Maladies Rénale, Hypertension artérielle,  
Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتور محفوظ كونجار

الدكتورة زينب البوعزازي

اختصاصي امراض الكلية

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le: 20/08/2025

Assul Mustapha

189,000,00



Eugeni x 20 mg - 2 doses/sem

sort 40mg/uis p/t 3w)

T, 1440,00

CENTRE HEMODIALYSE  
BERRECHID  
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud  
Medecin Néphrologue  
25 Lot. Chabab Berrechid  
Tél: 05 22 32 84 31 / INPE 06 0062189

نباش  
Pharmacie  
Dr. Sidi  
N. 1-2 Afan  
Tel: 05  
Fax: 05



Vaccin contre l'hépatite B AD



Vaccin contre l'hépatite B AD



rDNA hepatitis B vacc



rDNA hepatitis B va  
Vaccin contre l'hépatit  
Vacuna

