

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.

Diagnostic 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.

Prothésaire :

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 ALQ :

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

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

N° M20- 0009412

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : ASSAL Mustapha
Date de naissance : 05/11/1963
Adresse : HAY EL HODA, Rue N°7 Villa N°29
Berrachid
Tél. : 06.04.68.56.33 Total des frais engagés : # 484,20# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
CENTRE HEMODIALYSE
BERRECHID
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25 Lot Chabab Berrechid
Tél : 05 22 22 8001 - 06 862189
Date de consultation : 02/12/2021
Nom et prénom du malade : ASSAL Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Néphrologique
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 : Berrechid Le : 10/12/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
20/12/21	CS	CS	6	CENTRE MEDICAL BERRECHID Dr. SOUNAJJAR Mahfoud Médecin Néphrologue 25 Lot Chabab Berrechid Tel: 05 22 32 80 00 - 06 69 21 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/21	484,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

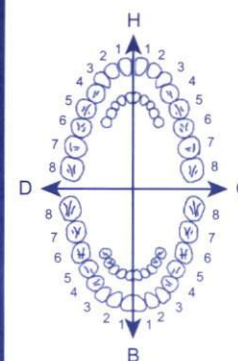
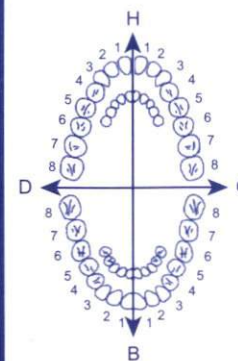
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز تصفية الدم برشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR
Dr. Zainab EL BOUZZAOUH

Spécialistes en Néphrologie
Maladies Rénales, Hypertension artérielle,
Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتور محفوظ كُونْجَار
الدكتورة زينب البوعزاوي

أخصائي أمراض الكلى
تصفية الدم
وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le :

02/12/2021

ASSAL Mosrups

26,90

→ Vitamine K = 14 / 15

→ Calcium = 1 - 1 - 1

→ Drill top side 1 cas x 3

→ Ecoclav. 1g = 1 - 1 - 1

→ Doliprux 1000 = 1g x 3

→ Voltaren 50mg = 1 - 1 - 1

→ 21 Hormone 1500 = 1 / 5

→ Solupred 20mg = 3 / 5

15,80

15,80

58,40

Solupred[®] 20mg

25 تجزئة الشباب - برشيد (جبل أسما) الهاتف : 0522 328 431 - الفاكس : 0522 325 017

25, Lot Chabab - Berrechid (en face Acima) - Tél. : 0522 32 84 31 - Fax : 0522 32 50 17

RC : 10953 - IF : 15204795 - CNSS : 032429706 - INPE : 060062189 - ICE : 001684899000048

Urgences : 06 80 80 86 22 - E-mail : dialyseberrechid@gmail.com

L 290
P: 10/22
79.90 DH

LOT: M19148
EXP: OCT 2023
PPV: 66,80 DH

Lot N°: 20005 01/22
Exp: 115DH90
PPV:

Vita C1000®

PPV 26DH90 EXP 05/2024
LOT 11026 22

UT.AV.: 1 2023 P.P.V. 79 70
LOT N°: 30 904

PPV (DH): 25,00
LOT N°:
UT. AV. :