

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

### 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 HOKA . Rue N° 7 Villa N° 29  
Berrechid.

Tél. 06.04.68.56.33 Total des frais engagés : # 484.20 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin



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 : 02/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Le 09/12/2021   | CS                | CS                    | 6                               | <br>Dr. BOUAJJAR Mahfoud<br>Médecin Néphrologue<br>25 Lot. Chabab Berrechid<br>Tel: 05 22 33 8004 - IMMECC 0000000000000000 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| 22<br>N° 12 Rue du Statut (off) B<br>05 22 33 00<br>14000<br>N° 12 Rue du Statut (off) B<br>05 22 33 00<br>14000 | 1/12/21 | 484,20                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 la maladie.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



# مركز تصفيه الدم ببرشيد

## Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Dr. Zainab EL BOUAZZAUI

الدكتور محفوظ كثونجاري

الدكتورة زينب البوعزازي

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

أخصائي أمراض الكلى  
تصفية الدم  
وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le : 02/12/2017

بلازما  
Pharmacie  
Dr. Sihem  
N° 1-2 N° 1  
Av. Riad Al Attar, 06 220  
Tél / Fax : 06 22...

ASSAC Mo 8242

26,90

1. Ibumia 1g = 148 15

15,80  
PAP 150 H 0  
PEN 04/2  
LDT K1018

29,90 Calsunat = 1 - 7 - 7

15,80  
PAP 150 H 0  
PEN 04/2  
LDT K1018

26,00 Drill top scale 1ca5x31

115,90 Ecocodav. 1g = 1 - 7 -

10,80 Doliprime 2000 = 1g x 31

58,40  
Solupred 20mg

66,80 Voltarid 50mg = 1 - 1 -

29,70 Z1 fluzimase 50 = 148

58,10 Sotyred 20mg = 31 5

0522 325 017 - 0522 326 431 - الماكس : 0522 326 431 - تجزئة الشباب - برشيد (آسيما)

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

1,484,22 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 C 1000®**

PPV 26DH90 EXP 05/2024  
LOT 11026 22

UT.AV. : 3023 P.P.V.  
LOT N°: 1306204 79,70 70

PPV (DH): 25,00  
LOT N°:  
UT. AV. :