

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5934 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : ASSAL MUSTAPHA

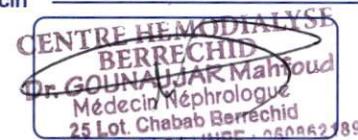
Date de naissance : 05/11/1963

Adresse : HAY EL HODA Rue n° 7, Villa 29, Berrechid

Tél. : 06.04.68.56.33 Total des frais engagés : # 582,80 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/05/2022

Nom et prénom du malade : ASSAL MUSTAPHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Néphrologique

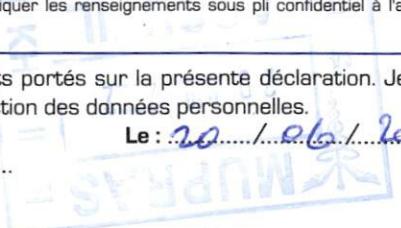
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CMN Le : 20/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : SSM



#### 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
30/05/2022 CS		6		 <b>BERRECHID</b> <b>HABIB</b> <b>in Néphrologie</b> <b>T.N.P.E : 060862186</b>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	صيادلة Date	Montant de la Facture
Dr. Siham TAHAN Pharmacie Mosquée Riad N°: 1-2 Mosquée Riad Riad (A coté du Secr. Général - Barrachik Tél: 05 22 33 08 22	Riad 25/10/22	582,86

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profess.

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



# مركز تصفيه الدم ببرشيد

## Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR  
Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI

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

Berrechid, le :

30/05/2022

الدكتور محفوظ شونجار  
الدكتورة زينب البوعزاوي

أخصائي أمراض الكلى  
تصفية الدم  
وارتفاع الضغط الدموي

صيدلية مسجد الرياض

Pharmacie Mosquée Riac

Dr. Siham TAMIR

N°: 1-2 Mosquée Riac

May Riac (A côté du Stade Sportif) Berrechid

Tél /Fax: 05 22 33 08 22

50.00

VENOFER

1/

1 ml / Semaine

26.20

Aefol 1 ml

2/

49.60

Cure 100.000

CEM DIALYSE  
BERRECHID  
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud  
Médecin Néphrologue  
Lot Chabab Berrechid  
0522 32 25 01 / INPE : 060062189

25 تجزفه اطباب امراض الكلى (سيما) الهاتف : 0522 328 431 - رفاقت : 0522 32 84 31 - Fax : 0522 32 50 17  
Tél : 05 22 32 25 01 / INPE : 060062189 INPE : 001684899000048  
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

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

**Venofer** 100 mg/5ml

Solution injectable ou concentré pour solution à perfuser  
Boîte de 5 ampoules de 5 ml

P.P.V: 507,00DH



Distribué par FMC Pharma Afrique  
Jardin d'entreprise de la technopole de Nouaceur  
Pharmacienne Responsable : Dr. Safaa MOUKHLIS  
AMM N° : 323/17 DMP/21/NRQr

LOT: 14221015  
PER: 12/2025  
PPU: 26,20 DH

PPU: 49,60 DH  
LOT: 21K03B  
EXPI: 11/2024

Rs 584,80