

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

N° P19- 061421

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

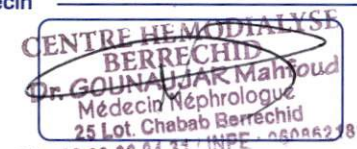
☐ Autres

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 V. Has : 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 : 30/05/2022
 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) :

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
30/05/2022			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

صيدلية Date

Montant de la Facture

Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMM
N°: 1-2 Mosquée Riad
Riad (A côté du Stade Sportif) Darrechi
Tél / Fax: 05 22 33 08 22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

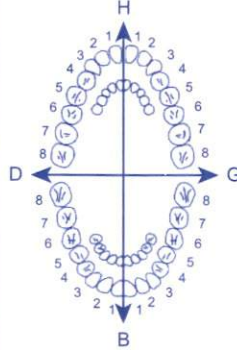
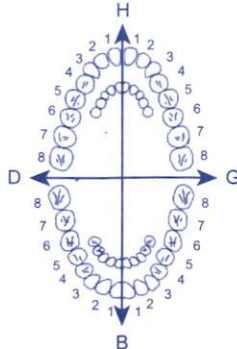
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

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 BOUAZZAOU

الدكتور محفوظ كُونْجَار
الدكتورة زينب البوعزاوي

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

أخصائي أمراض الكلى
تصفية الدم
وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le :

30/05/2022

صيدلية مسجد الرياض

Pharmacie Mosquée Riad

Dr. Siham TAMIR

N°: 1-2 Mosquée Riad

May Riad (A côté du Stade Sportif) Berrechid

Tél / Fax: 05 22 33 06 22

ASBA

NOUADAMA

Venofer 100 mg/5ml

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

P.P.V:507,00DH 6 118001 210152

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
PPV: 26,20 DH

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

CENTRE D'HEMODIALYSE
BERRECHID

Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25, Lot Chabab Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 - 05 22 32 50 17
INPE: 060062189 - 05 22 32 50 17

RC: 10953 - IF: 15204795 - CNSS: 032429706 - INPE: 060062189 - 05 22 32 50 17

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

58480