

# 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.

**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

M22- N° 001392

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1925 Société : R.A.M. 127755  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUDCHAR M'HAMED  
 Date de naissance : 17.7.1955  
 Adresse : 32, Bd 11 JANVIER ANFA  
 Tél. : 0661192324  
 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL MEHDI M.  
 Spécialiste des Maladies des Reins  
 Centre d'Hémodialyse  
 126 Bd Oujda Belvédère - Casablanca  
 I.N.P. : 091058297

Date de consultation : 25.8.22  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : GNT  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Le :  
 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
25/8/22		5	300,00	

Docteur El. MAMM M.  
Spécialiste des Maladies des Reins  
Centre d'Hémodialyse  
126, Bd Oujda Belvédère - Casablanca  
T.N.P. : 091058297

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Sebti</b> Sebti Imb. Mag N° 2 Mohammed 05 23 28 22 06	25/08/2022	1010, 20

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

[illegible]

ANAL: 032  
INFO: 0017075790000

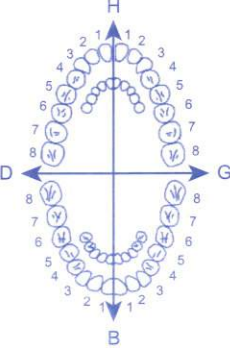
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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														

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.

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

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<b>D</b> 00000000 35533411	<b>G</b> 00000000 11433553	
	<b>B</b>		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مركز أمراض الكلى والكلية الاصطناعية بلقدير

CENTRE D'HÉMODIALYSE ET DE NEPHROLOGIE - BELVÉDÈRE

## Dr. M. EL MEHDI

Docteur d'Etat Français de Médecine

**Spécialiste des Maladies des Reins**

(Major de promotion du CES Français)

Ex Prof Assistant au CHU de Marseille.

Ex Attaché d'enseignement à la Faculté de Médecine de Marseille.

Ex Chef de Service de Néphrologie Hémodialyse

de la Polyclinique de la CNSS de Casablanca.

Ex 1<sup>er</sup> Vice Président de la Société Marocaine de Néphrologie (SMN).

Ex Secrétaire Général de la Société Marocaine des Maladies Rénales.



## الدكتور م. المهدي

الدكتوراة الفرنسية للطب

اختصاصي في أمراض الكلى

(متفوق الدفعة في اختصاص أمراض الكلى في فرنسا)

أستاذ مساعد بمستشفيات مارسيليا سابقا.

ملحق بالتعليم سابقا بكلية الطب مارسيليا.

رئيس مصلحة أمراض الكلى و الكلية الاصطناعية.

سابقا بمصلحة الضمان الاجتماعي بالدار البيضاء.



090001330

Casablanca, le .....

26 8 22

Dr. Sandhar Pham

57 22,80

Cortancy 5

14 et 1/2, 2ms

57 20,10

Amef 10

57

75,00

Water 10

57

Tel: 05 23 28 22 06

Abdellah / Sano

126, Bd. d'Oujda - 2<sup>ème</sup> étage - Belvédère (face gare des voyageurs) Casablanca - بلقدير (امام محطة المسافرين) الدار البيضاء

الموقع الإلكتروني: Site web: www.hemodialysebelvedere.ma - البريد الإلكتروني: Email: elmehdim55@gmail.com - الفاكس: Fax: 05 22 40 96 96 - الهاتف: Tel: 05 22 40 07 56 / 24 61 43

صفت: Patente: 32502235 - حق م. ق: TVA: 625043 - ص. ح. ج: Cnss: 2342468 - IF: 46700800 - تم: ICE: 001691193000054



4916

Jolo, 20

D. Aine F

M

les hivables

PPV: 49,60 RH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025

75,20

75,20

AMEP® 10mg  
28 comprimés  
6 118000 081784

75,20

AMEP® 10mg  
28 comprimés  
6 118000 081784

207,00

TRIA TEC® Protect® 10mg  
30 Comprimés  
6 118000 060215

207,00

TRIA TEC® Protect® 10mg  
30 Comprimés  
6 118000 060215

207,00

TRIA TEC® Protect® 10mg  
30 Comprimés  
6 118000 060215

Pharmacie Sebta  
Bd Sebta Imb. C Mag N° 2  
Mohammedia  
Tél: 05 23 28 22 06

Docteur El MEHDI M  
Spécialiste des Maladies  
Centre d'Hémodialyse  
126, Bd Omar Belvedere, Cas  
I.N.P.: 091058297

LOT: 22E001V  
PER: 12 2024  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
118000 060345

LOT: 22E001V  
PER: 12 2024  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
118000 060345

LOT: 22E001V  
PER: 12 2024  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
118000 060345

LOT: 22E001V  
PER: 12 2024  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
118000 060345

LOT: 22E001V  
PER: 12 2024  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80