

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M23-0026388


131990

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite.
Nom & Prénom : ASSAL MUSTAPHA
Date de naissance : 05/11/1963
Adresse : HAY EL HODA. Rue n° 7 Ville : N° 29
Tél : 06 04 68 56 33 Total des frais engagés : # 672,80# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 24/10/2023
Nom et prénom du malade : ASSAL Mustapha Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : I.R.C.
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 : CASA Le : 09/11/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

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

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
24/06/23	CS		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date
Montant de la Facture

صيدلية مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMIR
N° 1 - 2 Mosquée Riad May Riad Berrechid
Fix : 0522336822

24/06/23

67280

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
Montant détaillé des Honoraires

Nombre
A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

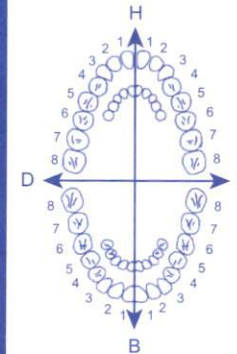
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 تصفية الدم برشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab El BOUAZZAOUI

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Spécialistes en Néphrologie

Maladies Rénales, Hypertension artérielle,

Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتورة زينب البوعزاوي

الدكتور محفوظ غونجار

أخصائي أمراض الكلى

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le : 24/10/2023

M^r ASSAL MUSTAPHA

168,20 x 4

1 - ENGERIX B 20 µg / 1 ml

2 injections / mois
(4 Boîtes)

T. 67480

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 168,20 DH
ID: 652120
118001 140251

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 168,20 DH
ID: 652120
118001 140251

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 168,20 DH
ID: 652120
118001 140251

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 168,20 DH
ID: 652120
118001 140251

CENTRE D'HÉMODIALYSE
BERRECHID
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25 Lot Chabab Berrechid

صيد لينة مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr: Siham TAMIR
N°: 1-2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide
Fix: 0522336822

25 تجزئة الشباب - برشيد (مقابل مرجان) : الهاتف : 05 22 32 84 31 - الفاكس : 05 22 32 50 17

25, Lot Chabab - Berrechid (en face Marjane) - Tél: 05 22 32 84 31 - Fax : 05 22 32 50 17

E-mail: dialyseberrechid@gmail.com - N° Urgence: 06-13-232-420