

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.

M23-0026388

18/1990

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 HOSA. Rue N° 7 Ville N° 29**

Tél. : **06.04.68.56.33**

Total des frais engagés : **H 672,80 H** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BERRECHID
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25 Lot Chabab Berrechid
Tél: 05 22 30 84 94 - INME 14488514C

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 :

TRC.

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.

09 NOV. 2023

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) :

SMF

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
Se 24/6/23	CS		G	BERRECHID Mahdi Dr. GOUNA JAH Néphrologue 25 Lot Chabab Berrechid 06062189

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	صيدلية مسجد الرياض Pharmacie Mosquée Riad Dr. Sabah TAMIR N° 1-2 Mosquée Riad May. Riad Berrechid Fix : 0522336822	Date	Montant de la Facture
		21/10/13	67280

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

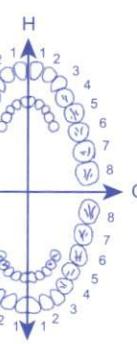
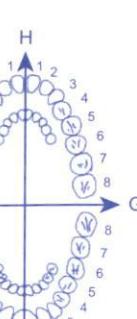
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز تصفيية الدم ببرشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI
Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

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

الدكتورة زينب الوعازوي
 الدكتور محفوظ كونجار

أخصائي أمراض الكلى
 تصفيية الدم
 وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le : 24/10/2023

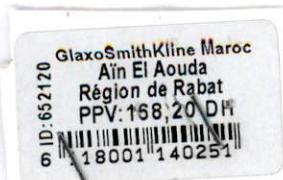
نº ASSAL MUSTAPHA

168,20 DH

1 - ENGERIX B 20 µg / 1 ml

2 injections / mois
 (4 Boîtes)

T. 67280



CENTRE D'HÉMODIALYSE
 BERRECHID

Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
 Médecin Néphrologue
 25 Lot Chabab Berrechid
 NEF 3 2023

بريشيد - مسبيل
 الدريافت
 Pharmacie Mosquée Riad
 Dr. Siham TAMIR
 N.1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechid
 Fix. 0522336822

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

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

E-mail: dialyseberrechid@gmail.com - № Urgence: 06-13-232-420