

# 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

- Reclamation : 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.

M23-014164

187520

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0005365

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : décédé

Nom & Prénom : Sahnoud Abderrahman

Date de naissance :

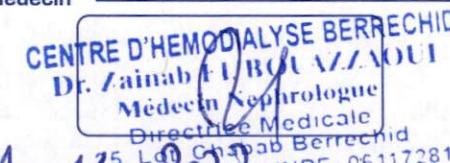
Adresse : 26 pass zineb ennefzaonia hay egg alvaca  
Berrechid

Tél. : 06 72 17 11 04 1

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



01 11/2013

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Sahnoud Abderrahman

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

épilepsie Depressif

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Honoraires
Dr. Zainab Berrechid Centre d'Hémodialyse Berrechid INPE: 061172813				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Zainab Berrechid Pharmacie Mosquée Riad Dr. Siham TAMIR - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide Fix: 0522336822	04/11/23	380,40

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

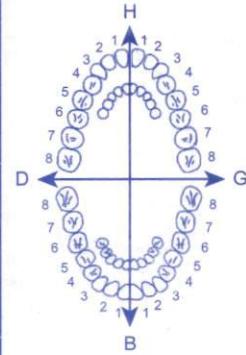
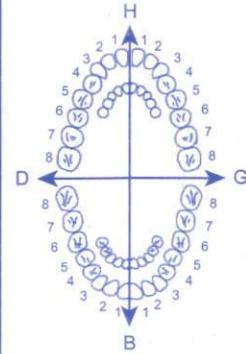
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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'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			Coefficient des Travaux						
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS						
				DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مركز تصفيه الدم برشيد

## Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab El BOUAZZAOUI  
Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

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

Berrechid, le : 01/11/2023

الدكتورة زينب البوعزاوي  
الدكتور محفوظ كونجار

أخصائي أمراض الكلى  
تصفية الدم  
وارتفاع الضغط الدموي

مدين لزيارة مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Riad SAHNoud RABBAH

Dr : Siham TAMIR  
N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide  
Fix : 0522336822



126,80 x 3

NO - DEP 50 mg

Acpli



Traitement de TCR

T: 380,40

CENTRE D'HEMODIALYSE  
Dr. Zainab El BOUAZZAOUI  
Médecin Néphrologie  
Directrice Médicale  
25 Lot Chabab Berrechid  
Tél: 05 22 32 84 31 / INPE: 061172813



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 - **Nº Urgence: 06-13-232-420**