

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-830807

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1916 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZIYAOU AHMED 188300

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : Lot. Wafa N° 149 DEROUA

Tél. : 06 00 36 39 93 Total des frais engagés : 58,95 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab F. BOU AZZAQUI
Médecin Néphrologue
Directrice Médicale
25 Lot Chabab Berrechid
Tél : 05 22 32 84 34 - MPE : 06 11 728 13

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/2023

Nom et prénom du malade : Mr ZIYAOU AHMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : néphrologie

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 : DEROUA Le : 06/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



PR4FR05/V2/20-10-2023

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
04/12/23	CS	1		CENTRE D'HEMODIALYSE BERR... Dr. Zaima... BOU AZZAOU Médecin Néphrologue Directrice Médicale 25 Lot Ch. bab Berrechid Tel 05 22 37 84 31 / 06 11 72 81 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'EGLISE 26 Avenue de la République 92120 Montrouge Tél. 01 42 53 00 46 Fax : 92 2 020094	04/12/23	58,95 €

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.

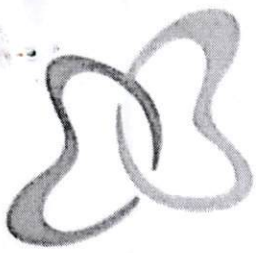
Important :

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	Montant des Honoraires	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 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionne. 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 BOUAZZAOU
Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Specialistes en Néphrologie
Maladies Rénales Hypertension artérielle
Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتورة زينب البوعزاوي
الدكتور محفوظ غونجار

اختصاصي أمراض الكلى
تصفية الدم
وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le : 04/12/2013

Nr ZINAOUI AHMED

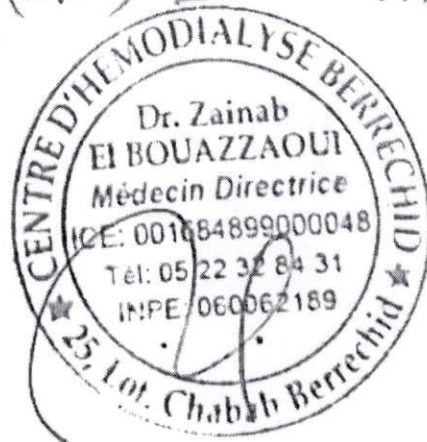
FEBUXOSTAT 80

24/1

PHARMACIE DE L'EGLISE
46 Avenue de la République
92120 Montrouge
Tél. : 01 42 53 00 46
N° Finess : 922 020094

TRAITEMENT de (06) six mois

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab El BOUAZZAOU
Médecin Néphrologue
Directrice Médicale
25 Lot Chabab Berrechid
Tel 05 22 32 84 31 / INPE: 061172813



INPE: 061172813

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

selarl PHARMACIE DE L'EGLISE
au capital social de 10000 euros
Loïc JOANNES
46 AVENUE DE LA REPUBLIQUE

92120 MONTROUGE
FRANCE

Tel: 0142530046

N° SIRET : 85155208300012 - N° SIREN : 851552083

TVA Intracommunautaire : FR47851552083

RCS : 851552083 - Ville de greffe : nanterre

Code NAF/APE: 4773Z

Page

1 / 1

FACTURE

N°10040/782914

Du 09/12/2023

Date de l'échéance 10/12/2023

ZINAOUI AHMED
8 av émile boutroux
92120 MONTROUGE
FRANCE
0758685129

Prescripteur : MEDECINE GENERAL Christine

N° AM : 781076021

N° RPPS : 10000751759

Opérateur: Amal B

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
FEBUXOSTAT MYL 80mg Cpr pe PI PVC/oPA/al/28x1 3400930167236 N° Ordonnancier : 1095787	PH7	0	6	8,541	2,10%	51,24
Honor. dispens. HD7	HD7	0	6	0,999	2,10%	5,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
57,74	2,1% (4)	1,21	58,95
Total HT		Total TVA	Total TTC
57,74		1,21	58,95

Part AMO 0,00
Part AMC 0,00
Part Client 58,95

Mode(s) de règlement

CB 58,95

Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE DE L'EGLISE
46 Avenue de la République
92120 Montrouge
Tél. : 01 42 53 00 46
N° Finess : 92 2 020094

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

(NF525) 124//1/FACTURATION/FACTURE/IVMU/N/ZURR/N/JQQZ/2.20/2.20.3.1.R6/0/B525/0370-4/382245