

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 canalaire, 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.
- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Le 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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e] Matricule : 1916 Société : RAM

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : ZIYAOUI AHMED 18830

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 EL BOUZZAOUI
Médecin Néphrologue
Directrice Médicale
25 Lot Chabab Berrechid
05 22 32 81 34 - TPE: 061172813

Cachet du médecin :

Date de consultation : Oct 21/12/2023

Nom et prénom du malade : Nr ZIYAOUI AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Nephrologie

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 concernant la maladie 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 : 26 DEC. 2023

Signature de l'adhérent[e] : [Signature]

MUPRAS **ACCUEIL** **EL BOUZACHANE**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
04/12/2023	CS	1	0	CENTRE D'HEMODIALYSE BE Dr. Zainab L. BOUAZZI Médecin Nephrologue Directrice Médicale 25 Lot Chabab Ferhat BP 22 22 84111 MEF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE DE L'EGLISE Avenue de la République 92120 Montrouge Tél. 01 42 53 00 46 N° Finess : 92 2 0200	09/12/23	58,95 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

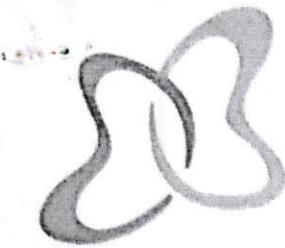
Le praticien est prié de préciser la cent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canélaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 البوعزازي
الدكتور محفوظ جونجار

احساناني امير افنون المكلي
تصفيية الدم
وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le : 06/12/2013

Dr Zinaoui Ahmed

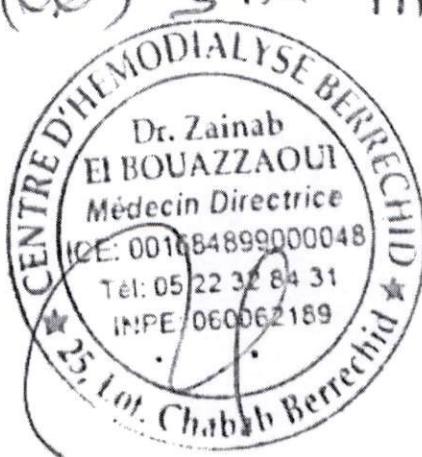
FEBUXOSTAT 80

141

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

TRAITEMENT de (06) Six mois

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab El BOUAZZAOUI
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 - Nº 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	PH7	0	6	8,541	2,10%	51,24
N° Ordonnancier : 1095787						
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

*facture
à payer*