

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, parodontologie 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-481658

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
 Nom & Prénom : ASSAL MUSTAPHA
 Date de naissance : 05/11/1963
 Adresse : HAY EL KODIA lot chabab n° 64 Berrechid.
 Tél. : 06 04 68 56 33 Total des frais engagés : 585,104 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE HEMODIALYSE
BERRECHID
Dr. GOUNAJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25 Lot Chabab Berrechid
Tél : 05 22 32 84 31 INPE : 060862189

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ASSAL Mustapha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection rénale chronique
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01 OCT. 2020
 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 : 01/11/2020 Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

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
29/08/2020		CS	G	INP : CENTRE HEMODIALYSE BERRECHID Dr. GOUNAJJAR Mahfoud Médecin Néphrologue 25 Lot. Chabab Berrechid 05 22 32 84 31 / INPE : 0608621

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/08/12	585,10

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

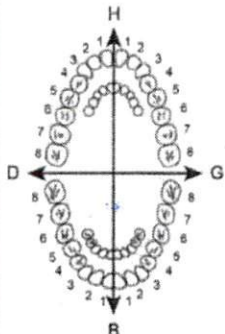
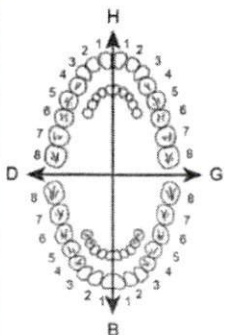
[illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto; font-size: small;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	{Création, remont, adjonction} Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Mahfoud GOUNAJJAR

Dr. Zainab EL BOUAZZA

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

الدكتور محفوظ كونجار

الدكتورة زينب البوعزاوي

أخصائي أمراض الكلى
تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Pharmacie TAMIR
N° 12 Mosquée Road
Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 / INPE : 060062189

AS 1081720
AS 1081720

60,10

Munilase (p=100x310)

507,00

Kenfer 1 Ampoule / semaine

1800

Doliprane Vitane 1000 (100x310)

Q

Invenne 40 = 715

T: 585,10

CENTRE HEMODIALYSE
BERRECHID
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25 Lot Chabab Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 / INPE : 060062189

25. تجزئة الشباب - برشيد (مقابل أكيم) الهاتف : 0522 328 431 - الفاكس : 0522 325 017

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

RC : 10953 - IF : 15204795 - CNSS : 032429706 - INPE : 060062189 - ICE : 001684899000048

Urgences : 06 80 80 86 22 - E-mail : dialyseberrechid@gmail.com

Venofer 100 mg/5ml

Solution injectable ou concentré pour solution à perfuser
Boîte de 5 ampoules de 5 ml



P.P.V:507,00DH 6 118001 210152

Distribué par FMC Pharma Afrique
Jardin d'entreprise de la technopole de Nouaceur
Pharmacie Responsable : Dr. Safaa MOUKHLIS
AMM N° : 323/17 DMP/21/NRQr

18,00

PY 18 00 00
ER 16 7 2 2
OT 12 3 5
S 1

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

580735

PPV:
60DH10

Fab

OF CHILDREN.
ore use.