

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 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.
- La 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

N° W19-532937

ND: 29516

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1109 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAMALI Saïd

Date de naissance : 21/05/1952

Adresse : 104 92 Ghandou Hay Beny Berrakid

Tél. : 0664559080 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

JAMALI Saïd Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

05/05/2020

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
27.05.2020	68		Gratuit	INP : 091167056
08/06/2020				Centre d'Enseignement Dr. Azzam Azzam et N. Chalhoub - Centre d'Enseignement et de Recherche Ouled Hnz - Béjaïa - 0660.103.105

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05/05/2020	27.05.2020	4.12.10
05/06/2020	08/06/2020	45.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

مركز أمراض الكلية و تصفية الدم لولاد حريز
Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلية
و تصفية الدم

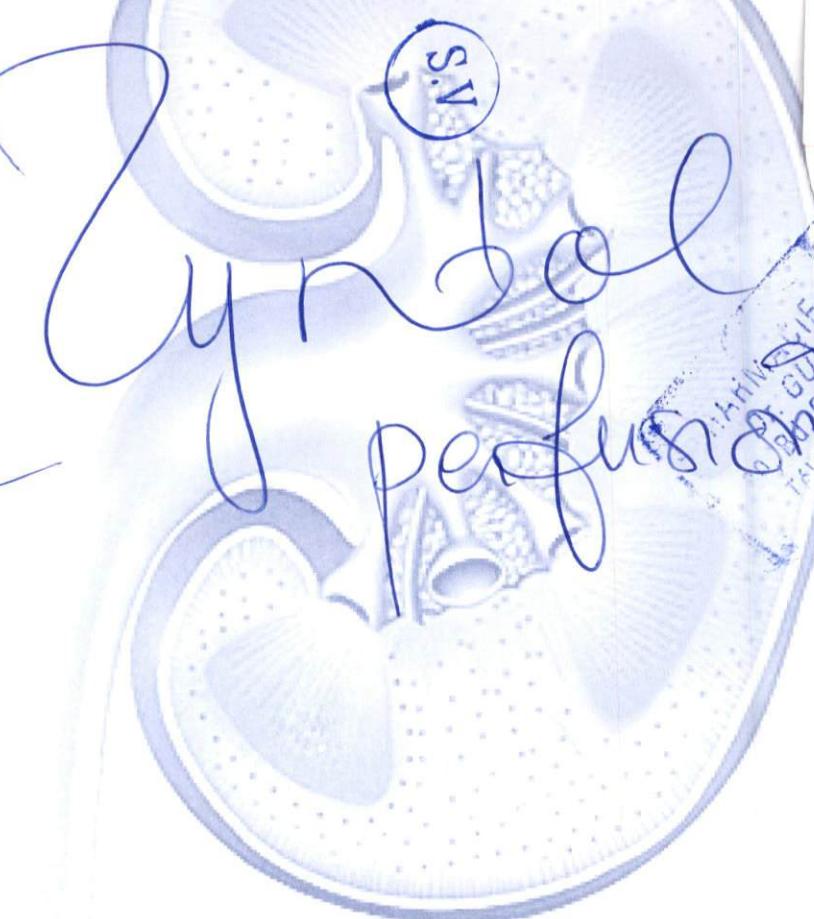
Berrechid le : 08/06/2022

Dr. Amal Ayad

05200

Dr. Amal Ayad

05200



PPV 45DH00

EXP 07/2022
LOT 84119 1

ZYRDOL® 0,5%
Solution injectable pour perfusion

Dr. Amal Ayad
Centre Hémodialyse Ouled Hriz
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
Tél : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43
Email : 05 22 61 61 51 / INP : 11167056

CENTRE HÉMODYALYSE OULED HRIZ
Dr. AMAL AYAD

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
Tél : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43
Email : 05 22 61 61 51 / INP : 11167056

تجزئة أولاد حريز، رقم 85 - برشيد • Lotissement Ouled Hriz N° 85 - Berrechid

Tél . : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43 - E-mail : amalayad@hotmail.fr

مركز امراض الكلى وتصفية الدم لولاد حريز
Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلى
وتصفية الدم

Berrechid le : 27/10/2005

CM JAMAL Sadi

244,00

① Fehmed 100g 1m
1 Boite

28,10

② Vopalene 80g
1 C x 38g

160,00

③ Oebes 1kg (30 min
entre chaque Repas)

412,10

1kg 6 Roul
1kg le 80%

Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie-Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
GSM : 0600.103.105

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 191564
PER: 04-2022
PPV: 140,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

فوكالين 0,1%

Fermed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
6 ampoules de 5ml
6 118001 360031
P.P.V: 244,00DH

TELE/FAX: 05 22 59 42 33
90, Bd. Général De Gaulle - Berrechid

AL-SUISSI (Maroc)
AL-SUISSI (Maroc)

TELE/FAX: 05 22 59 42 33
90, Bd. Général De Gaulle - Berrechid

AL-SUISSI (Maroc)
AL-SUISSI (Maroc)

TELE/FAX: 05 22 59 42 33
90, Bd. Général De Gaulle - Berrechid
AL-SUISSI (Maroc)
AL-SUISSI (Maroc)

28/8/20