

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : N.A.J.I.B MOHAMMED

Date de naissance : 01/01/2023

Adresse : 97 Passageway 66 Hay Tissi (R.S.BERRECHID)

Tél. : 066.023.7318

Total des frais engagés : 10.266,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Hamza Bachir**  
**Médecine Générale**  
**20, Boulevard Hassan II - Berrechid**  
**TÉL: 05 22 32 53 53**

Date de consultation : 17/4/2023

Nom et prénom du malade : N.A.J.I.B Othmane Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle et dyslipidémie

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 : 17/4/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : N.A.J.I.B 

#### **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
17 AVR. 2013	C		150,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL FAJAR OUADIA HRI AMINE Dr. en Pharmacie 209, Bd. Rachidi Tissir II Tel: 0522 33 74 64 - Béchar <small>INDE SOUSCRIT</small>	<u>17</u> <u>04</u> <u>2023</u>	<u>896,70</u>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

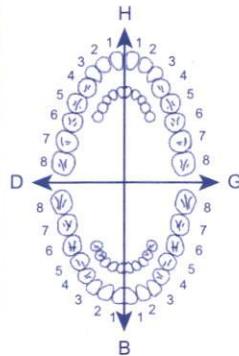
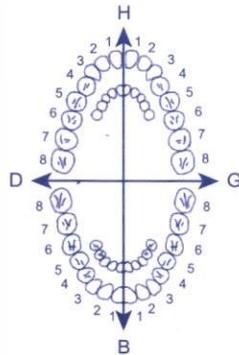
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**Dr. HAMZA Bachir**  
**Médecine Générale**

**Diplômé en Diabétologie**  
**Diplômé en Diététique Médicale**  
**Diplômé en Médecine du Sport**  
**Diplômé en Médecine du Travail**  
**Diplômé en Expertise Médicale**  
**Expert auprès des Tribunaux**



الدكتور حمزة البشير  
الطب العام

- دبلوم جامعي في داء السكري
- دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية
- دبلوم جامعي في الطب الرياضي
- دبلوم جامعي في طب الشغل
- دبلوم جامعي في الخبرة الطبية
- خبير طبي محلف لدى المحاكم

Berrechid le

le 17 AVR. 2023  
Ned

برشید فی

Nom Prénom : NATI B

## **ORDONNANCE**

50.00 x 3	Cardenel	NSP	Py (03 Long)
157.80 x 3	Refusas	NSP	Py (03 Long)
20.00 x 4	Sintome	NSP	Py (04 Long)
37	Musoil	NSP	Py (02 Long)
x 2	Etodex	NSP	Py (02 Long)
PPV : 55,00 DH LOT : 649394 PER : 03/24	Signé: Dr HAMZA Bachir		
PPV : 55,00 DH LOT : 646360 PER : 09/22	Dr. HAMZA Bachir Médecine Générale Hôpital Hassan II Benchechid		
30,60 N° Lot: Exp: Add: PPV	876.73		
Visite de contrôle le :			

## Visite de contrôle le :

20. Bd HASSAN II, Tissir 1

الهاتف - فاكس : 0522 325353

Signé: Dr HAMZA Bachir

*Signature: Dr HAMZA Bachir*  
Dr. Hamza Bachir  
Médecine Générale  
14555 Al Merechid  
Signature

20، شارع الحسن الثاني، التسier  
المحمول: 0661 232174

البريد الإلكتروني : Email: b.hamza55@gmail.com



6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

7882160246



6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

7882160246



6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

7882160246

**Sintrom® 4 mg**  
Adénocoumarol  
 10 comprimés



6 118000 181187

20,00 ↙

PPV :  
 Exp :  
 N° Lot :

PPV :  
 Exp :  
 N° Lot :

20,00 ↙

PPV :  
 Exp :  
 N° Lot :

20,00 ↙

20,00 ↙

PPV :  
 Exp :  
 N° Lot :

20,00 ↙

PPV :  
 Exp :  
 N° Lot :

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

**Esidrex® 25 mg**  
Hydrochlorothiazide  
 20 comprimés sécables



6 118000 181194