

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <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 |

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.

N° W21-676355

162940

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	08577	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	TAAIIN HABIBA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 06.79.76.79.79 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	Dr. Hamza Bachir Médecine Générale 20, Boulevard Hassan II - Berrechid	
Date de consultation :	28/05/2023		05 22 32 53 53
Nom et prénom du malade :	Khalid Abdellah		Age :
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Safyel à côte droite		
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.			
MUPRAS			
30 MAI 2023			

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 : Nouaceur
Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL 05.05.2023

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
08/07/2023			150,00	INP : 06W41622 Dr. Hamza Al-Ajmi Medecine Générale 20, Boulevard Hassan II - El Firdach Tél: 05 22 32 53 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOON Samir Docteur en Pharmacie Tél: 05 22 32 82 00	08/07/23	180,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

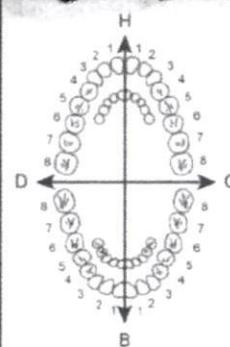
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

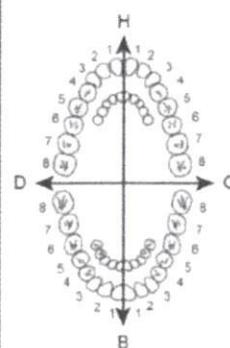
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	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

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

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 08/5/2023

Nom Prénom : Soufia

Docteur en Pharmacie
Rue ASMAOUI Samia
BERRECHID
05 22 32 84 04

ORDONNANCE

21,00

Rimex

AS

Sachet

22,20

T 150 ml

98,80

Codoliprane

AS

38,30

Neofortan

AS

41

Cotrim

AS

41

T: 1860002

ASMOUI Samia
Docteur en Pharmacie
Rue ASMAOUI Samia
BERRECHID
05 22 32 84 04

PHARMA LOT : 4610
UT.AV : 11-24
PPV : 21DH00

PPV: 22DH20
PER: 12/23

LOT: K3483

PPV 98DH80
EXP 01/2024
LOT 00039 2

CO-TRIM® FOR
PPV 38DH00

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

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II, Tissir 1

Télé/Fax : 0522 325353 الهاتف - فاكس :

20، شارع الحسن الثاني، التسيير 1

المحمول: 0661 232174 Portable : 0661 232174

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