

# 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="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0058999

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0857A Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHIR HABIBA A62945

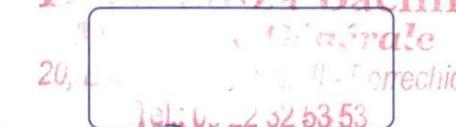
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.79.76.79.79 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.05.2023

Nom et prénom du malade : SOUFI AYNS Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Bronchopneumopathie infectieuse*

30 MAI 2023

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 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 : NOUACEUR

Le : 13/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
13/05/23 C			150,00	Dr. Hamza Bachir Médecine Générale 20, Boulevard Hassan II - Berrechid Tél: 05 22 32 53 53

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUDI Samir Docteur en Pharmacie PRO ASSALAMA MEDICAL BERRECHID Tél: 05 22 32 53 53	13/05/23	355,00

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

# 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 carnaillaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/> </td

**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

Berrechid le 13/5/2023  
برشيد في

Nom Prénom :

**ORDONNANCE**

14,60 ١١ Doleprave



PPV 14DH60  
PER 04/24  
LOT 2801

15,50 ٢٦

٣٧ سى ٩٢

PPV 15DH30  
EXP 05/2024  
LOT 11026 11

40,90 ٣٧



PPV 40DH90

EX  
LO

124,00 ٤٤

٣٨ سى ٢٦

PPV 124DH00  
PER 05-21/24  
LOT 16622 006

58,40 ٥٧

٣٩ سى ٢٤

PPV 58DH40  
EXP 06/2024  
LOT 16030 1

18,30 ٦٦

٣٩ سى ٢٤

PPV 18DH30  
EXP 03/2  
LOT 1201

56,30 ٧٢

٣٩ سى ٢٤

PPV 56,30 DH  
LOT 27030  
EXP: 09/2023

٩٢ ٢٠

٣٩ سى ٢٤

ASPEGIC 500MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 27DH21  
LOT : 22E06  
PER : 06/2024

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II, Tissir 1

حسن الثاني، التisser ١

Télé/Fax : 0522 325353 - الهاتف - فاكس : Portable : 0661 232

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

٢٣٣٥٥٠٢

٠٥ ٢٢ ٣٢ ٣٤

6 118000 061096