

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 canaux, 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 canaux.

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.



181802

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023815

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSIR Mohamed Date de naissance : 01/01/56

Adresse : 27 passage DE TISSIR II DEBRECHIN

Tél : 0660237318 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 09/10/2023

Nom et prénom du malade : NASSIR Mohamed Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

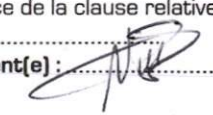
Nature de la maladie : Diabète 2 + Dyslipoprotéinémie

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0023815

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2909

Nom de l'adhérent(e) : NASSIR Mohamed

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

09/10/2023 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

Pharmacie ALAFAC
 1.3.5 Rue Ilija Abou Mac
 - BERRECHID -
 Tél: 05 22 33 14 01

09.10.23

Pharmacie ALAFAC
 1.3.5 Rue Ilija Abou Mac
 - BERRECHID -
 Tél: 05 22 33 14 01
 656,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du
Praticien

Date des
Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

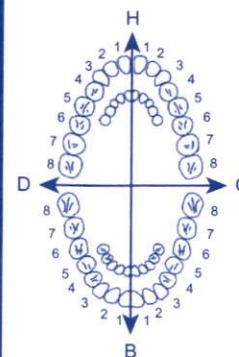
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

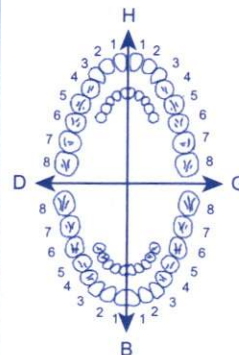
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

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

د بلوم جامعي في داء السكري
د بلوم جامعي في علم التغذية الطبية
د بلوم جامعي في الطب الرياضي
د بلوم جامعي في طب الشغل
شهادة جامعية في الخبرة الطبية
خبير طبي محلف لدى المحاكم

برشيد في 09/10/2023 Berrechid

Nom Prénom : DEBBARH Chadia

ORDONNANCE

1/ NOVOCLIN sachet 1g

1 sachet 2 fois/ j

2/ DOLICOX cp 90 mg

1 cp/ j x 07 jours

3/ ALYSE 25mg (02 boîtes)

1 cp /j

4/ TEGUMA crème (03 tubes)

1 gel/j

5/ GLUCOVANCE cp 500/5 (02 boîtes)

1 cp 2 fois /j x

Signé : Dr HAMZA Bachir

Pharmacie ALAFAC
1.3.5 Rue Ilija Abou Mao
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

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

20, Bd HASSAN II, Tissir 1
Téléfax: 0522 325353: فاكس الهاتف-

20، شارع الحسن الثاني، التسيير 1
المحمول: 0661 232174: Portable

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

LOT : 1333
PER : 04/25
PPV : 132,00 DH

PPV: 86DH40
PER: 05/25
LOT: L1562-2

Lot:

216819

Exp.:

08.2024

PPV: 136DH50

Lot:

216819

Exp.:

08.2024

PPV: 136DH50

LOT: 221136
PER: 09-2024
PPV: 70,00 DH



MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47,40 DH

Lot:

Y4180

Fab.:


04/2023

Exp.:

03/2026



MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47,40 DH

Lot:

Y4180

Fab.:

04/2023

Exp.:

03/2026