

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

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

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 : MAJIZ B. El hachmi Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 87 passage 06 TISSIR II DÉRECATION

Tél. : 0660837818 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2023

Nom et prénom du malade : DR RABAT Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dépression

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie mentale

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) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

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) : MAJIZ B. EL HACHMI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
09/10/2023			150,00	Dr. Hanifa Bachir Médecine Générale 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 135 Rue Ilia Abou Ma BERRECHID Tél: 05 22 33 04 01	09.10.23	Pharmacie ALAFAC 135 Rue Ilia Abou Ma BERRECHID Tél: 05 22 33 04 01 656,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				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.

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 canalaires, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

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 الشقل
شهادة جامعية في الخبرة الطبية
خبير طبي ملحق لدى المحاكم

Berrechid le 09/10/2023

Nom Prénom : DEBBARH Chadia

132,00

ORDONNANCE

1/ NOVOCLIN sachet 1g

86,40 1 sachet 2 fois / j

2/ DOLICOX cp 90 mg

136,50x21 cp / j x 07 jours

3/ ALYSE 25mg (02 boites)

70,00 1 cp / j

4/ TEGUMA crème (03 tubes)

47,40x21 gel/j

5/ GLUCOVBANCE cp 500/5 (02 boites)

1 cp 2 fois / j

656.20



Signé : Dr HAMZA Bachir

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

20, Bd HASSAN II, Tissir 1

الهاتف - فاكس: 0522 325353

Email : b.hamza55@gmail.com

20، شارع الحسن الثاني، التسier 1

المحمول: 0661 232174

البريد الإلكتروني : b.hamza55@gmail.com

LOT : 1333
PER : 04/25
PPV : 132.00 DH

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

Lot.:
Exp.:
PPV: 136DH50

Lot.: 216819
Exp.: 08.2024
PPV: 136DH50

LOT: 221136
PER: 09-2024
PPV: 70.00DH



6 118001 121380

MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Lot:
Fab.:
Exp.:
Y4180
04/2023
03/2026



6 118001 124380

MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Lot:
Fab.:
Exp.:
Y4180
04/2023
03/2026