

## 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.

### 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



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 080803

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8909 Société : 181797  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NAJIB Taham  
Date de naissance : 01/01/56  
Adresse : 27 Passage R. H. TISSIN BERRECHID  
Tél. : 0660937318 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Hamza Bachir**  
**Médecine Générale**  
20, Boulevard Hassan II - Berrechid  
Tél : 05 22 32 53 53  
Date de consultation : 03/11/2023  
Nom et prénom du malade : NAJIB Tahameel Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA, Dyslipémie et cholestérol  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-80803

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 : 8909  
Nom de l'adhérent(e) : NAJIB Taham  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt : 08 NOV. 2023



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
03/11/2023		1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL FALAH OUADGHERT AMINE Dr. en Pharmacie 209, Bd. Rachid Tissir II Tél.: 0522 33 74 64 - Berrechid	03/11/2023	1203,30

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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.				
<b>Important :</b> Veuillez 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 <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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) 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"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

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

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

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

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

PPV : 55.00 DH  
LOT : 650867  
PER : 11/24

PPV : 55.00 DH  
LOT : 652397  
PER : 02/25

LOT : 231056  
EXP : 06/2025  
PPV : 154DH10

LOT : 231058  
EXP : 06/2025  
PPV : 154DH10

LOT : 231058  
EXP : 06/2025  
PPV : 154DH10

LOT : 231059  
EXP : 06/2025  
PPV : 154DH10

LOT : 231056  
EXP : 06/2025  
PPV : 154DH10



**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

**Berrechid le 03/11/2023 برشيد في**

Nom Prénom : Mr NAJIB Mohamed

**ORDONNANCE**

1/ **ROSUVAS SUN 10 mg** (05 boites)

154.10x8 01 cp / jour

2/ **CARDENSIEL cp 2.5mg** (04 boites)

200x4 01 cp / jour

3/ **SINTROM cp 4mg** (06 boites)

6.00x6 01 cp / jour

4/ **AMOXIL cp 1g** (02 boites)

01 cp 2 fois/ jour

55.00x2

Signé : Dr HAMZA Bachir<sup>2</sup>

Pharmacie AL FALAH  
OUADCHIR AMINE  
Dr. en Pharmacie  
209, Bd. Rachid Tisser II  
Tél.: 0522 32 74 64 - berrechid

**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: الهاتف- فاكس

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

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