

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8909 Société : .....  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : ..... 181797

Nom & Prénom : A.I.J.B. Ibtaham

Date de naissance : 01/01/56

Adresse : 27 Passage 26 HOY TISSIR Y BERRACHID

Tél. : 066.093.78.18

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2023

Nom et prénom du malade : NATIB Mohamed Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

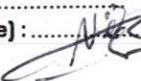
Nature de la maladie : HTN + hypertension art. chronique

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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) : NATIB Mohamed

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
03/11/15	2023	C,	150,00	Dr. Hélène Bécler Médecine Générale 20, Boulevard Haussmann Tél.: 05 32 20 50 10

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AL FALAH</b> <b>OUADGHIFI AMINE</b> <b>Dr.en Pharmacie</b> <b>209, Bd.Rachid Tissir II</b> <small>tél.: 0522 33 74 64 - Berrechid</small> <b>TINCP 062669201 2023</b>	<u>03</u> <u>M</u> <u>2023</u>	<u>1203,30</u> <u>10%</u>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 :**

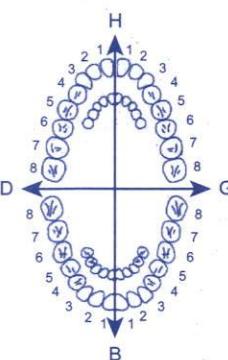
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

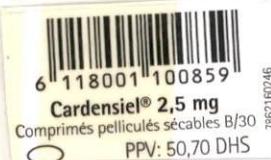
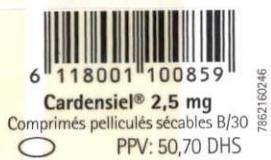


**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00



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**

دبلوم جامعي في داء السكري  
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية  
دبلوم جامعي في الطب الرياضي  
دبلوم جامعي في طب الشغل  
شهادة جامعية في الخبرة الطبية  
خبير طبي ملحق لدى المحاكم

**Berrechid le 03/11/2023**

Nom Prénom : Mr NAJIB Mohamed

**ORDONNANCE**

1/ ROSUVAS SUN 10 mg (05 boites)

154.10 x 5 01 cp / jour

2/ CARDENSIEL cp 2.5mg (04 boites)

203.00 x 4 01 cp / jour

3/ SINTROM cp 4mg (06 boites)

6.00 x 6 01 cp / jour

4/ AMOXIL cp 1g (02 boites)

01 cp 2 fois / jour

55.00 x 2

Signé : Dr HAMZA Bachir<sup>2</sup>

1203.30  
Paraphacie AL FALAH  
OUADH YOUSSEF  
Dien à la pharmacie  
209, Bd. Radid Tissir II  
Tél.: 0522 337464 - Berrechid

**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 :