

## 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.



## Déclaration de Maladie Nº M21- 080802

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>2109</u>	Société : <u>181799</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom & Prénom : <u>NASER Hamza</u>		
Date de naissance : <u>01/01/1966</u>		
Adresse : <u>87 passage 6 TISSIR 2 Barrechid</u>		
Tél. : <u>0660 8297 17</u>	Total des frais engagés : .....	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<u>Dr. Hamza Bachir</u> <u>Médecine Générale</u> <u>20, Boulevard Hassan II - Barrechid</u> <u>Tél.: 05 22 32 53 53</u>	
Date de consultation : <u>3/11/2023</u>	Age: .....	
Nom et prénom du malade : <u>DR BARH</u>	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Lien de parenté : <u>Frère</u>	<input type="checkbox"/> Enfant	<u>Daouda</u>
Nature de la maladie : <u>Maladie G</u>		
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) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

## Déclaration de maladie Nº M21-80802

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 : 2109

Nom de l'adhérent(e) : NASER Hamza

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
13/11/2023 C			150,00	Dr. Hanifa Bachir Médecine Générale 20 Boulevard Hassan II - Berrechid 52 32 53 53

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> <b>Pharmacie ALAFAC</b>          1.3.5 Rue Ibla Abou Madi          - BÉRECHID          Tél: 05 22 33 64 0       </p>	3/11/23	1405,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VIOLET ADHESIVE

\* 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.															
<b>Important :</b> 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	<input type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>									
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>									
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
				<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> </table>		H	25533412   21433552	D	00000000   00000000	B	00000000   00000000	G	35533411   11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		H	25533412   21433552												
		D	00000000   00000000												
		B	00000000   00000000												
G		35533411   11433553													
		<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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										

**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

**برشيد في 03/11/2023**

Nom Prénom : Mme DEBBARH Chadia

168,20  
126,30  
113,40 X7

**ORDONNANCE**

4/ AUGMENTIN sachet 1g (02 boites)

1 sachet 3 fois/jour

1/ LIRAPYN 50 cp (07 boites)

144,50 01 cp / jour x 06 mois

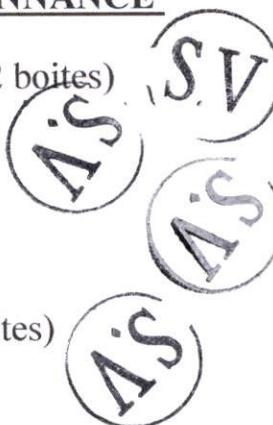
2/ EUSOL 20mg (boite de 28))

01 gel / jour

3/ DOLICOX cp 90 mg (02 boites)

01 cp / jour x 14 jours

2x86,40



Signé : Dr HAMZA Bachir<sup>2</sup>



**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، التسيير 1

المحمول: 0661 232174 Portable: 0661 232174

البريد الإلكتروني : b.hamza55@gmail.com

PPU:168,20 DH  
LOT:651327  
PER:01/25

PPU:126,30 DH  
LOT:650794  
PER:08/24

GTIN: 16118001301062  
Lot N°: PTD2675F  
EXP.: 05/2024  
S.N.: GKASGJ8PKJD

GTIN: 16118001301062  
Lot N°: PTD2675F  
EXP.: 05/2024  
S.N.: 5TRZBXDABF

GTIN: 16118001301062  
Lot N°: PTD2675F  
EXP.: 05/2024  
S.N.: 5TJR9BXBGR8

**PPV: 113 DH 40**

GTIN: 16118001301062  
Lot N°: PTD2675F  
EXP.: 05/2024  
S.N.: 5N5NSP7JXK7

**PPV: 113 DH 40**

GTIN: 16118001301062  
Lot N°: PTD2675F  
EXP.: 05/2024  
S.N.: 6FX6SSYCHAF

**PPV: 113 DH 40**

Lot N°: PTD2675F  
EXP.: 05/2024  
S.N.: 6FR5SMBJZ99

**PPV: 113 DH 40**

**PPV: 113 DH 40**

**PPV: 113 DH 40**

GTIN: 16118001301062  
Lot N°: PTD2675F  
EXP.: 05/2024  
S.N.: 6FSZJK82M4A

**PPV: 113 DH 40**

LOT:1672  
PER:01-26  
PPV:144DH50

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

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