

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0049131

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule 3043

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HILALI Mohamed

Date de naissance :

23/11/59

Adresse :

Tmb. F8 Apt. n°3 R.S.D EL WAHDIA - BERRUCHID

Tél. :

0662097996 Total des frais engagés : 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HASSAN BOCHIR  
Médecine Générale  
20, Boulevard Hassan II - Benachid  
Tél: 05 22 32 53 53

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. HILALI

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

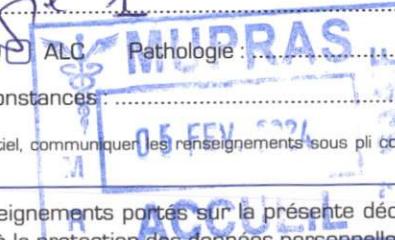
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

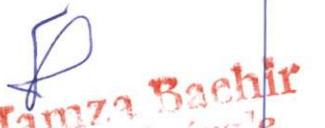
Fait à : BERRUCHID

Le : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
24/01/2024	C		150,00	 Dr. Hamza Bachir Médecine Dentaire Bachir

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24-1-2024	3763,50

## ANALYSES, RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

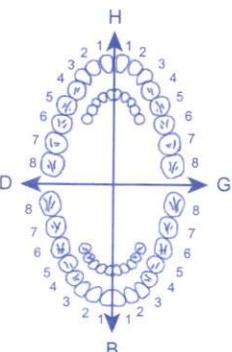
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

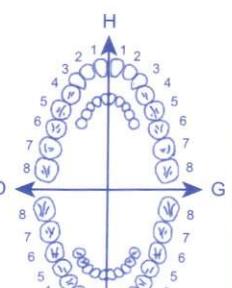
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				

## O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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'EXÉCUTION

**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 محلف لدى المحاكم**

Berrechid le 24/07/2024 برشد في

**Dr HAMZA Bachir**

**ORDONNANCE**

**SV**

744,00

$$152,50 \times 3 = 457,50$$

4 Lentex

Lesteran

x 03 mois

**SV**

$$111,00 \times 22 = 2442,00$$

et 1 Huileg Baek per  
25 - 25

- 25 x 3 mois

3/ 120,00

H. Guille

from 3 mois

**SV**

3763,50

**PHARMACIE SALIMA**  
68, Bd. Ladj Yacout Tissir 1  
Berrechid - Tél.: 05 22 32 85 84

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

Signé : Dr HAMZA Bachir

20, Bd HASSAN II, Tissir 1

المحمول : 0661 232174 Portable : 0661 232174 الهاتف - فاكس :

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

20، شارع الحسن الثاني، التسier 1





**MediGlobal®**

Pour votre bien être

Paroi fine

Sans douleurs

Non toxique

Sans latex

Aiguilles pour stylo d'insuline

إبر قلم الأنسولين

Pen needles

**Medi Fine®**

**8**

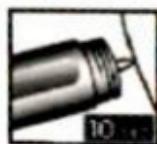
**mm**

**31GX100pcs**

## Vérification du bon fonctionnement du dispositif :



**1.** Faites perler l'insuline (2 unités) en tenant le stylo vers le haut pour éliminer les bulles d'air.



**2.** Injectez à angle droit, pour éviter la torsion de l'aiguille, et maintenez l'aiguille sous la peau pendant 10 secondes.

## Compatible avec les stylos d'insuline

**PPV: 90.00 DHS**

Certificat Enregistrement : 8243/2018/DMP/0