

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-480005

32729

UP

Autres

### Maladie

### Dentaire

### Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3043

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HILALI HED

Date de naissance :

23/11/59

Adresse : 1<sup>er</sup> F8 Apt. 1<sup>er</sup> RSD 02 MATHADA.

BORG ROCHID

Tél : 0662 091996 Total des frais engagés : 4722,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza Bachir  
Médecine Générale

20, Boulevard Hassan II - Betechid.

Tél : 05 22 32 53 53

Date de consultation :

02/07/2020

Nom et prénom du malade :

M. HILALI HED

Age : 1959

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type 1

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 : BORG ROCHID

Le : 02/10/12020

Signature de l'adhérent(e) : HED

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

### 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
02/07/2020	C		150,00	INP : 561011672  Dr. Hamza Bachir Médecine Générale 20, Boulevard Hassan II - Berrechid

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SALIMA Tissir + Télé: 0522 32 85 84	07/07/2020	4622,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

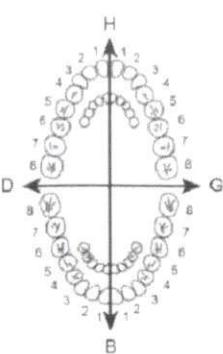
Le praticien est prié de préciser la dent traitée l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

### O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	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



الكتور حمزة البشير  
الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري  
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية  
دبلوم جامعي في الطب الباطني  
دبلوم جامعي في طب الشغل  
شهادة جامعية في الخبرة الطبية  
فبير طبي محلل لدى المحاكم

# ORDONNANCE

Berrechid le :

Nom & Prénom :

Visite de contrôle le :

*Dr. Hamza Bachir*  
*Médecine Générale*  
20, Boulevard Hassan II - Benchechid  
Tél.: 05 22 32 55 63

20, Bd HASSAN II, Tissir 1, Berrechid • يرشيد • التسيير 1، بشارع الحسن الثاني، برشيد

المحمول : 174 232 661 +212(0)522 325 353 • GSM : +212(0)522 325 353 • الهاتف / الفاكس : Tél / Fax : +212(0)522 325 353

E-mail : b.hamza55@gmail.com البريد الإلكتروني :



LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 107260M.1  
UT AV 05 2022  
PPV 111.00 DH

PPC: 135,00Dhs

GTIN

LOT D 107260M.1  
UT AV 05 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 134320H.1  
UT AV 05 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

PPC: 135,00Dhs

GTIN

LOT D 107260M.1  
UT AV 05 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

PPC: 135,00Dhs

GTIN

LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 134320H.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

PPC: 135,00Dhs

GTIN

LOT D 107260M.1  
T AV 05 2022  
PV 111.00 DH

LOT D 107260M.1  
T AV 05 2022  
PV 111.00 DH

LOT D 107260M.1  
UT AV 05 2022  
PPV 111.00 DH

PPC: 135,00Dhs

GTIN

LOT D 134320H.1  
T AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 107260M.1  
UT AV 05 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D 107260M.1  
UT AV 05 2022  
PPV 111.00 DH

PPC: 135,00Dhs

GTIN

126,00  
PPV 126DH00  
PER 03/23  
LOT J684

PPC: 135,00Dhs

GTIN  
PPC: 135,00Dhs

126,00  
PPV 126DH00  
PER 03/23  
LOT J684

PPC: 135,00Dhs

GTIN  
PPC: 135,00Dhs

126,00  
PPV 126DH00  
PER 03/23  
LOT J684

GTIN  
PPC: 135,00Dhs