

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

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

N° W19-480031

53853

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 3043

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HICALI MHD

23/11/59

Date de naissance :

Adresse : Imb F8 Apt 43 RSD EL WADDA BERRECHID

Tél. 066209799 6

Total des frais engagés : 318,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

29/11/2020

Nom et prénom du malade :

HICALI ASMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

erissole

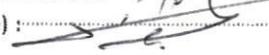
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 05/12/2020

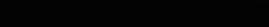
Le : 29/11/2020

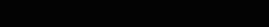
Signature de l'adhérent(e) : 

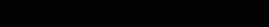
Signature : 

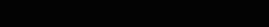
Date : 

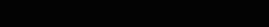
Signature : 

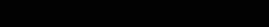
Date : 

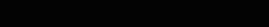
Signature : 

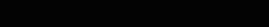
Date : 

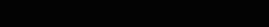
Signature : 

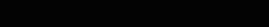
Date : 

Signature : 

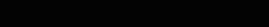
Date : 

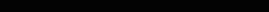
Signature : 

Date : 

Signature : 

Date : 

Signature : 

Date : 

Signature :

Date :

Signature :

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
29/02/2020 C			150,00	INP : 061041672
				Dr Hamza Bachir Médecin Généraliste Sidi Bennour Tunisie

Dr. Hamza Bachir
Médecin Généraliste
Hassan II - Butrechid

~~NONNANCES~~ ~~Meilleur regard à la passerelle~~ 16-132-53-53

~~20,00~~ Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacia S.A. 6º Sd. Lalla El Yacout - BERRECHID - Tél.: 0524 22 10 00</i>	<i>29/12/20</i>	<i>20, BOU Tél: 0524 168170</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'OOF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

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 محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

29 DEC. 2020

Berrechid le :

برشيد في :

Nom & Prénom :

55,00

PPV: 79DH70
 PER: 10/23
 LOT: J3040

LOT: A00221
 PER: 03/2022
 PPV: 34,00 dh

Visite de contrôle le :

Pharmacia SALAMA
 Bd. Lalla El Yacoub Tissir II
 20, Boulevard Hassan II
 Berrechid

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

20, شارع الحسن الثاني، التisser 1، برشيد • GSM : +212(0)661 232 174
 المحمول : +212(0)522 325 353 • الهاتف / الفاكس :
 البريد الإلكتروني : E-mail : b.hamza55@gmail.com