

## 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.

N° W19-483556

MS = 24775

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6001

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SOUNI AbderRahmane

Date de naissance :

14.11.1964

Adresse :

157 Rue SANAATISSIRI BERRERCHID

Tél. :

066604650 Total des frais engagés : 298 Dhs

Cadre réservé au Médecin

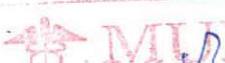
**Dr. HAMZA Bachir**

Médecine Générale

20, Boulevard Hassan II - Berrechid

Tél/Fax: 05 22 32 53 53

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
03/01/2020 C			150,00	INP : 0700116772 Dr. HAMZA Bachir Médecine Générale Bouill. Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE TISSA Mohamed D'HOU 162, Ed. HASSAN II 133 70.50 Marrakech</i>	03/01/90	248,70 f

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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																																																																												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																												
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					<b>Nature des Soins</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					<b>Coefficient</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					<b>INP :</b> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
<b>FIN D'EXECUTION</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  					<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <b>H</b> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <b>D</b> <b>G</b> <table border="1"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>B</b>  <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel: Therapeutique, nécessaire à la profession						25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553																																																										
25533412	21433552																																																																											
00000000	00000000																																																																											
00000000	00000000																																																																											
35533411	11433553																																																																											
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
<b>DATE DU DEVIS</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												

**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



المكتب لمنور لفحة البشر

الطب العام

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

## ORDONNANCE

Berrechid le : 23/01/2020 برسيدي في :

Nom & Prénom : Tassir Abdellah

PPV: 34,60 DH  
 LOT: 573195  
 PER: 03/20



LOT 181040  
 EXP 01/2021  
 PPV 52.80DH

LOT: M19027  
 EXP: FEV 2022  
 PPV: 45,50 DH

Dr. HAMZA  
 Médecin Dr. Hamza Bachir  
 20, Boulevard Hassan II, Berrechid  
 Tel/Fax : 05 22 32 33 55

Visite de contrôle le :

20, شارع الحسن الثاني، التisser 1، برسيدي • 05 22 32 33 55

المحمول : 0661 232 353 • GSM : +212(0)522 325 353 • الهاتف / الفاكس : +212(0)23 32 33 55

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