

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.

20164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 3043

Société : RA M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILALI M^{ed}

23/11/65

Adresse :

Tél. : 0662092996

Total des frais engagés : 550,20 :

Dhs

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

23/4/2021

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même
HILALI

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.

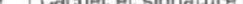
Fait à : 30/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/04/2021

VOIR ET ADHÉRER

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
23/4/2021 C			156,00	INP : 061011672
				

Dr. Hamza Bachir
Médecine Générale
Hassan II - Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
20, Boulevard Tissir Tél: 05 22 32 53 53	23/4/2022	1000 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

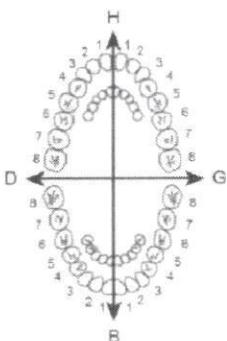
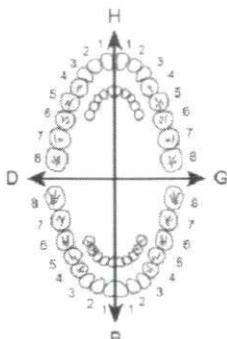
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 : <input type="text"/>																
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION																
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		B		
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000																			
	35533411																			
	11433553																			
	B																			
	[Création, remont, adjonction]			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																	
			<input type="text"/> DATE DU DEVIS																	
			<input type="text"/> DATE DE 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



المكتب المركوز لمهنة البشير

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية
دبلوم جامعي في الطب البشري
دبلوم جامعي في
الطب العام

126,00

PPV 126 D H 00
PER 124 23
LOT J 3395

Hamza Di.
édecine Générale
ORDONNANCE

20, Boulevard Hassan II - Berrechid

Tel.: 05 22 32 53 53

برشيد في :

Dr. Hamza Bachir

Nom & Prénom :

126,00
PPV 126 D H 00
PER 124 23
LOT J 3395

Diplôme

27/8/2012
22/02/2013
92/1/2014
21/2/2014

Pharmacie SALIMA
65 Bd. Lalla El Mecout Tissir II
Berrechid - Casablanca

LOT :

PER :

PPV :

26,70

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

H

Visite de contrôle le :

20, شارع الحسن الثاني، التسسرير 1، برشيد • 20، شارع الحسن الثاني، التسسرير 1، برشيد •

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

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