

## 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

- Reclamation : 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-628486

73922

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08577

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

TATIANA HABIBA

Date de naissance :

07-07-1970

Adresse :

157 rue SANAA TISBIA

Benchedid

Tél. : 06-79-76-79-79

Total des frais engagés

Dr. Hamza Bachir 326 Ddh

Médecine Générale

20, Boulevard Hassan II - Berrechid

Tél. : 05 22 32 53 53

Cadre réservé au Médecin

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'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Nouasseur

Le : 28/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

AT

### VOLET ADHERENT

#### Déclaration de maladie

N° W21-628486

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## 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
28/5/2021	C		150,00	INP: 06104692 Dr. Hamza Bachir Médecin Généraliste Parcours

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date	Montant de la Facture
------	-----------------------

28/05/21 176, 8-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 00000000 ----- D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 ----- B 00000000 11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

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 الباطني  
 دبلوم جامعي في طب الشفط  
 شهادة جامعية في الخبرة الطبية  
 خبير طبي محلق لدى المحاكم



55,00

## ORDONNANCE

Berrechid le : 28/5/2024

برشيد في :

Nom & Prénom : Mham Hafsa

éments passé

LOT: 210108  
 DLUO: 02/2024  
 69,00 DH

69,00

14,50

Docinox

150 mg

Dolortog

Polygynax

1 capsule



1,176,80

Visite de contrôle le : 20/06/2024

Dr. Hamza Bachir

Médecine Générale

20, Boulevard Hassan II - Berrechid

Tél. : 05 22 32 53 53

Signé Dr HAMZA Bachir

20, شارع الحسن الثاني، التسier، 1، برشيد • 05 22 32 53 53

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

E-mail : b.hamza55@gmail.com