

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° W21-628488

73994 Cours

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 08574		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAHIR HABIBA			
Date de naissance :			
Adresse : 157 Rue SABA TISSIN, I Benedid			
Tél. : 0679-76-79-79		Total des frais engagés : 320 DH	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. HANNA BACHIR Médecine Générale 20, Boulevard Hassan II - Benchedid Tél. 0522 22 53 53	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Dr. HANNA BACHIR	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Dr. HANNA BACHIR	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. HANNA BACHIR	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire conseil de la Mutuelle. M 10 JUIN 2021	

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 : NOUASSER Le : 28/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : 28/05/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-628488

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

Matricole : _____

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
28/10/2011	C		150,00	INP : 061018671 Dr Bachir

Dr. Hamza Bachir
Médecine Générale
20 Boulevard Hassan II - Benrechid
55 52 32 53 53

20, Boulevard
DUSSANNE Tél.: 05 22 32 33 - 4

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Noud BERRECHID	28/05/2023	1597,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

des Tribunaux

22,70

2 x 22,00

PHARMED
LOT:8432
UT.AV:03-23
PPV:21DH00

PPV:70DH70
PER:10/23
LOT:J2863

59,50 24

LOT 051129/FC8
03/2022 PPC 59,50

15,80 31

PPV 150 H 80
PER 08 / 23
LOT 2184

T. 1597,00

Visite de contrôle le : **ASMOUN Samir**

Docteur en Pharmacie

10 Rue ASSALAM Hayat Noudi

الدكتور هامزة الشير

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

شبير طبي محلق لدى المحاكم

ORDONNANCE

Berrechid le : 28/09/2024

برسيد في : Nom & Prénom : **Hamza**

Metformine (02 compr.)
1 compr / 3 compr

Metformine 1 compr / 3 compr
Metformine 1 compr / 3 compr
Metformine 1 compr / 3 compr

Dr. Hamza Bachir
Médecine Générale

20, Boulevard Hassan II - Berrechid

Tél.: 05 22 32 53 53

20, شارع الحسن الثاني، التسيير 1، Berrechid • التسيير 1، برشيد • GSM: +212(0)661 232 174

المحمول: +212(0)522 325 353 • الهاتف / الفاكس: +212(0)522 325 353

E-mail: b_hamza55@gmail.com البريد الإلكتروني: