

# 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.

159512

## Déclaration de Maladie : N° P19-0023807

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASIB Boulamab Date de naissance :

Adresse : 27 Passage 06 TISSIRI BERRECHID

Tél. : 0660297318 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

52 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : DEBBAGHI Chafsa Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Spondylo arfa + Osteo - et

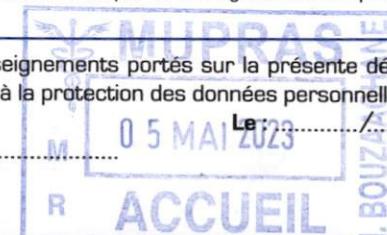
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Ali



## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

### 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
02/05/2023	C		150,00	<b>Dr. Hamza Bachir</b> Médecine Générale 20, Boulevard Hassan II - Berrechid Tél: 05 22 32 53 53

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie ALFAAO</b> 13, Rue Hassan II - Madi BERRECHID - Tél: 05 22 33 64 01	02/05/2023	607.40-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
D	00000000
B	00000000
G	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**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  
دبلوم جامعي في الخبرة الطبية  
خبير طبي محلف لدى المحاكم

Berrechid le 02/5/2023  
Nom Prénom : Djalil Mouttacher Aider  
**ORDONNANCE**

21. 20 x 2  
4 Medoleen  
87,00 1 kg  
22 2,00 3/ S.V. Aufreihig  
42,00 1 kg süß  
52,80 5/ S.V. Prede  
122,70 1/ S.V. De la Creme  
38,50 1/ S.V. Muesli

20 x 100g  
S.V.  
S.V.  
S.V.  
S.V.  
S.V.  
S.V.  
S.V.  
S.V.  
S.V.

Br. H. S. V. 20 x 100g Doux 607.40  
S.V. 20 x 100g Doux 607.40

Pharmacie ALAFIA  
135 Avenue Hassan II - Berrechid  
Tél: 05 22 33 64 01

Signé: Dr HAMZA Bachir  
Dr. Hamza Bachir  
Médecine Générale  
20, Boulevard Hassan II - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 53 53

Visite de contrôle le:

20, Bd HASSAN II, Tissir 1 شارع الحسن الثاني، التسier 1

Télé/Fax : 0522 325353 الهاتف - فاكس : Portable : 0661 232174 المحمول: 0661 232174

Email: b.hamza55@gmail.com البريد الإلكتروني :

**INDOLAN® 100 mg** 10 suppositoires

-- LAPROPHAN -- EXP 03/2025  
PPV : 21DH20 LOT 22046 5

**INDOLAN®**  
**10**  
suppositoires 100 mg



6 118000 031628

PPV: 222,00 DH  
LOT: 650913  
PER: 11/24

**daflon 500 mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

122,70

s enfants.  
n médicale

**Maltofer®**

Comprimés pelliculés boîte de 30



6 118000 331902

122,70

**INDOLAN® 100 mg** 10 suppositoires

-- LAPROPHAN -- EXP 06/2025  
PPV: 21DH20 LOT 25007 2

**INDOLAN®**  
**10**  
suppositoires 100 mg



6 118000 031628

PPV (DH): 42,00

**PREONI® 20 mg**

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753

LOT 210385  
EXP 12/2023  
PPV 52,80 DH

**BioVanic 500 mg**  
7 Comprimés  
Dera Pharmaceutique



6 118000 410065



**Pharmacie ALAFAC**

1.3.5 Rue Ma Ahou Mad  
- BERRECHID -  
Tél: 06 22 33 64 01