

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



165559

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023810

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB Mohamed Date de naissance : 01/01/58

Adresse : 87 Passage o.B Hay TISSIR BERRECHID

Tél. : 0660 287218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/6/2023

Nom et prénom du malade : DERBAGH Choukri Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Diabète de type 2*

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) :



### 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

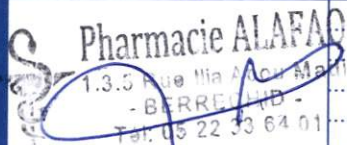


### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15 JUN 2023	C		150,00	Dr. Hamza Bachir 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
--	------	-----------------------



15/06/23 832,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

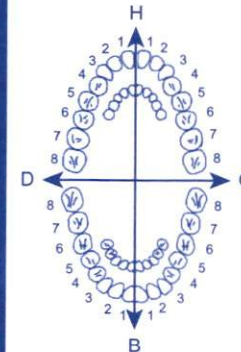
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 15 JUN 2023**  
برشيد في

Nom Prénom :

DEBRACHT Chouli

**ORDONNANCE**

5x47,40



Signature

48,40



Pharmacie ALAFAC  
1.3.5 Rue Hia Aoud Mad  
BERRECHID  
Tél: 05 22 33 64 91

40,40

297,40

170,40

20,40

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II, Tissir 1

الهاتف - فاكس : 0522 325353  
المحمول : 0661 232174

البريد الإلكتروني : b.hamza55@gmail.com



Signé: Dr HAMZA Bachir

**Dr. Hamza Bachir**  
**Médecine Générale**  
20, Boulevard Hassan II, Berrechid  
Tél: 05 22 32 63 53



yt:  
b.:  
xp.:

Y3861  
09/2022  
08/2025

Y3861  
09/2022  
08/2025

Y3869  
09/2022  
08/2025



**MERCK**

**MERCK**

**MERCK**

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Y3861  
09/2022  
08/2025

Y3869  
09/2022  
08/2025

PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M719

LOT 2026 4 2  
EXP 11 2023  
PPV 297.00 DH



**MERCK**

**MERCK**

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH  
Granules

LOT 22054 2  
EXP 02 24  
PPV 170.00 DH

bottu  
20, Allée des Casanovas - Ain Seba - Casablanca  
S.Bachouch - Pharmacien Responsable



Ben agitez avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gansoon Advance, l'opérateur est le seul à être autorisé à utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N° 0781/2020 DMF/21/INROD  
PPV: 48 DH 40

BN  
ADV494  
DOM 08/2022  
EXP 08/2024

3122755

LOT N°:  
UT. AV:  
P.P.V. (DH):

20,00

20,00