

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

165559

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023810

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 26909 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAJIB Mohamed Date de naissance : 01/01/56

Adresse : 87 Passage o b Hoy TISSIR BERRECHID

Tél. : 06602878 Total des frais engagés : _____ Dhs

Dr Hamza Bachir

Médecine Générale

20, Boulevard Hassan II - Berrechid

Tél.: 05 22 32 53 53

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/6/2023

Nom et prénom du malade : DEBBAGH Chedid Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète. Béghèf. Crise

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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____



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
15 JUIN 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
Pharmacie ALAFAC 133 Rue Moulay Mounia BERRECHID Tél: 05 22 33 64 01	15/06/23	832,40

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(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 محلق لدى المحاكم

Berrechid le 15 JUIN 2023

Nom Prénom :

DEBBAGH Chazouz

ORDONNANCE

5x47,40

1 Glucovance



Josyf S. 6/6/23

48,45

Gaviscon

2

x 200 mg

Pharmacie ALAFAC
135 Rue Hassan II
BERRECHID
Tél: 05 22 33 64 61



45,00

Gaviscon

1 c 2

50 mg

S.V.

297,00

Fluxel

832,40

170,00

ofkem

S.V. 200 mg

80,00

Tecsin

S.V. 200 mg

Visite de contrôle le :

Signé: Dr HAMZA Bachir
Médecine Générale
20 Boulevard Hassan II Berrechid
Tél: 05 22 32 53 53

20, Bd HASSAN II, Tissir 1

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

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

Y3861

09/2022

08/2025

Y3861

09/2022

08/2025

Y3869

09/2022

08/2025

6 118001 121380

6 118001 121380

6 118001 121380

MERCK

MERCK

MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Y3861

09/2022

08/2025

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Y3869

09/2022

08/2025

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

PPV: 400 HOO

PER: 03/26

LOT: M719

LOT 2026 4 2

EXP 11 2023

PPV 297.00 DH

6 118001 121380

6 118001 121380

Y3869

09/2022

08/2025

6 118001 121380

MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

20,00

MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Granules

20,00

LOT 22054 2

EXP 02 24

PPV 170.00 DH

نافذون
الدواء
الصيدلانية
الجامعة

AMM N° UPR/2020 DIMP/2/NR0
PPV: 48 DH 40
BN ADV494
DOM 08/2022
EXP 08/2024
3122755

في جميع دول العرب
يتم توزيعه من قبل الشركة
الدولية لتجارة التجزئة عن 30 متر
أقصى على الأقل.

من قبل الشركة
الدولية لتجارة التجزئة.

غير مرخص في مصر
أقصى على الأقل.

غير مرخص في مصر
أقصى على الأقل.