

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

liologie 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.

ique :
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :
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.

ntaire :
En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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
Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



49367
Déclaration de Maladie : N° P19- 0023789

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 2909 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehera
Nom & Prénom : NAGIB m Date de naissance :
Adresse :
Tél. 06.60 237318 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 : 30/11/2020
Nom et prénom du malade : NAGIB m Age: 40
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète de 2 + L'asthme et pharyngite
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) :

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
30/11/2020			159,00	Dr. Hamza Bachir Médecine Générale 20, Boulevard Hassan II - Berrechid Tel: 05 22 32 53 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie ALAFAD
1.3.5 Rue III^e Abu Madi
- BERRECHID -
Tel: 0522 33 64 01

30/11/20 429,20

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

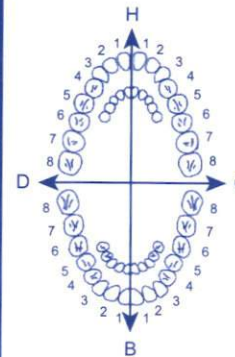
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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
شهادة جامعية في الخبرة الطبية
خبير طبي محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Berrechid le : 30 / 11 / 2020 برشيد في

Nom & Prénom : *Hamza Bachir Chader*

38, 20 x 4
418, 40
31, 20
64, 10
2 x 44, 70
43, 30

moblen sup posy (04 box)
1 box
furin (01 box)
1 box
Burchidol
1 box
Aximyn
2 box
Durickon 60 mg
1 box
ADD

429, 80
102 box

Dr. Hamza Bachir
Médecine Générale
20, Boulevard Hassan II, Tisser 1, Berrechid
Tél: 05 22 32 53 53

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II, Tisser 1, Berrechid • التيسير 1, برشيد • شارع الحسن الثاني، التيسير 1، برشيد
Tél. / Fax : +212(0)522 325 353 • الفاكس / الهاتف • GSM : +212(0)606 232 164 • الموبايل
E-mail : b.hamza55@gmail.com • البريد الإلكتروني

Pharmacie ALFAAQ
1.3.5 Rue Ma Abou Nadi
BERRECHID
Tél: 0522 33 04 01

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 12/2022
LOT 9N031 1

PHARMACIE
FMENT

خافس

منوية
ن 6 أشهر

Bien agiter avant usage. N
Tenir hors de portée des e
Fabricant titulaire de licen
Reckitt Benckiser Healthca
Gaviscon Advance, l'épée et l
Utiliser dans les 6 mois apr
AMM No 104/14 DMP/21
PPV: 48 DH 40

ONCHATHIO
stéine 5%

ADVANCE

BOUT MENTHE
ET PUISSANT

mac & indigestion
le extra Puissante
fet Longue Durée
نكهة النعناع

PPV 31DH20
PER 07/22
LOT 11775

AXIMYCINE® 14 cc

PPV 64DH10

LOT 99043 5
EXP 11/2021

44,70

44,70

43,30

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

EXP 03/2023
LOT 01018 3

PPV 38DH20

INDOLAN® 100 mg 10 suppo

EXP 09/2023
LOT 06057 1

PPV 38DH20

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 12/2022
LOT 9N031 3