

# 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.

## biologie 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 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

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](http://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 :

Nazir mat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.6.237318

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Hamza Bachir**

**Médecine Générale**

**20, Boulevard Hassan II - Benrechid**

**Tél. : 05 22 32 53 53**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :

## 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
2011.12.02			150,00	Dr. Hamza Bachir Médecine Générale Boulli - Benachir
00				

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

EXECUTION DES ORDONNANCES <sup>20 BUREAUX</sup> Tél.: 05

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie ALAFAD</b> 133 Rue III Abou Maadi - - DERRECHID - 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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

## [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A vertical line labeled 'H' points upwards, a horizontal line labeled 'D' points to the left, and a horizontal line labeled 'B' points to the right. The teeth are numbered as follows: upper arch (H) has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (B) has 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The diagram shows the relationship between the dental arch and the cardinal directions.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

Berrechid le : ٣٠ / ١١ / ٢٠٢٠ برشید فی:

Nom & Prénom : Naïm BIBAGNI Cheddi

38,20x4  
M noblem sup posuy (0464)  
418,40  
419,40  
31,20  
31  
64,10  
4/  
2x44,70  
51  
43,30 61  
ADD C  
- 1525  
Dr. Hamza Bachir  
Médecine Générale  
20 Boulevard de l'Indépendance  
Signature Dr HAMZA Bachir

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II, Tissir 1, Berrechid . برشيد . شارع الحسن الثاني، التسيير 1، بربريش .  
Tél. / Fax : +212(0)522 325 353 • GSM : +212(0)601 232 194 • البريد الإلكتروني : E-mail : b.hamza55@gmail.com

البريد الإلكتروني : E-mail : b.hamza55@gmail.com

~~PHARMACE~~ ARIE  
1-3-5 Rue Iha Abou Madi  
TARRECHID

1.3.3 ~~ANS~~ -  
14-3 FERRECHIO -

