

# 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.

## Diagnostique 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.



MUPRAS  
RECEPTION 9

72469

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014269

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3011 Société : Nam  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENJABOUR Mustapha Date de naissance : 01-01-1945  
Adresse : 1052 24 9187 WAFIK BERECHID  
Tél. : 0652 24 9187 Total des frais engagés : 995,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. BEKKAI Laila  
134, Bd El Fida Hay Yasmina  
9-EPRECHID  
061 56 93 14  
Date de consultation : 31/03/2021  
Nom et prénom du malade : BENJABOUR Mustapha Age : 76 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchite + Rhinite allergique  
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 : BERECHID le : 31/03/21  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
31/03/2022	C1	1	150,00	DR. BEKKAI Dalia 134, Bd El Fouda Hammam 3428RECHID GSM: 061.58.83.14

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARY 99, Bd Braham Roudani Tél: 05 22 33 61 86	30-03-21	695,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12 AVR. 2021	215	150,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

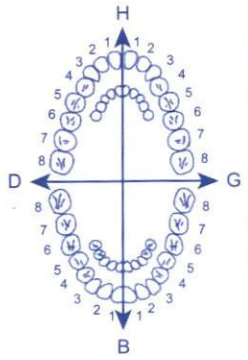
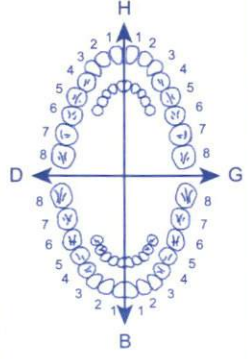
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Docteur BEKKAI Laïla

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de  
Dakar

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بدار

Dr. BEKKAI Laïla  
134, Bd El Fida Hay Yasmina  
Beerechid, le : 31/03/2021  
GSM: 06 61 56 93 14

برشيد في :

**ORDONNANCE**

MR - BENJABOUR Mustapha.

- (1) - SERPEN 500mg 4.500 nol  
18650 1 - 0 - 1
- (2) - AIRLIX 500mg 4.500 nol  
91500 - 0 - 1
- (3) - METANAZOL 50mg 4.500 nol  
120001 - 0 - 1
- (4) - MUXOL 80mg 4.500 nol  
38800 x4 - 1 - 1
- (5) - TOBRABOX 300mg 4.500 nol  
3570 1 - 1 - 1
- (6) - ALPHA-KASOL 100mg 4.500 nol  
2260 x2 1 - 0 - 1
- (7) - INERO 20mg 4.500 nol  
13900 1 - 0 - 1



# PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID



Facture N° 20210407-235

Date de vente : 31/03/2021  
Médecin traitant : BEKKAI LAILA

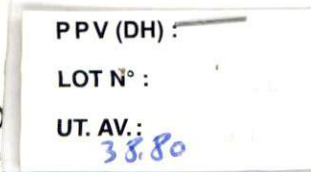
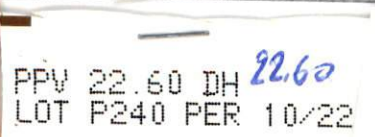
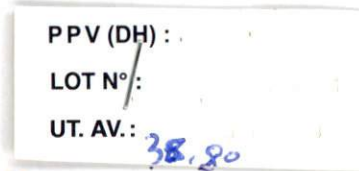
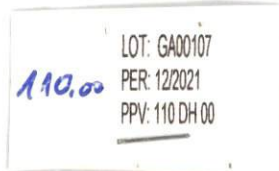
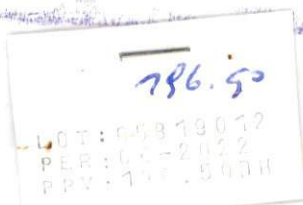
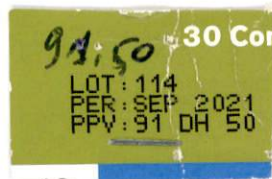
BENJABOUR MUSTAPHA

Maroc 3011

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
INESO CO 20MG B28 GELULES	1	139,00	TVA (7.00%)	139,00
ALPHAKADOL PD 35G POMMADE DERMIQUE	2	22,60	TVA (7.00%)	45,20
TOBRADEX CL 5ML COLLYRE	1	35,70	TVA (7.00%)	35,70
MUXOL SI SANS SUCRE 250ML GM SIROP	2	38,80	TVA (7.00%)	77,60
METANAZ GN 50µG SUSPENSION POUR PULVERISATION NASALE B140 DOSES	1	110,00	TVA (7.00%)	110,00
AIRLIX CO 10MG B30 COMP GM	1	91,50	TVA (7.00%)	91,50
SEPCEN CO 500MG B10 COMP MR	1	196,50	Exonéré (0.00%)	196,50

Total HT	662,86 DHS
TVA	32,64 DHS
<b>Total</b>	<b>695,50 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-quinze DHS et cinquante centimes





Docteur BEKKAI Laïla

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de  
Dakar

الدكتورة البكاي ليلى

الطب العام

خريجة كلية الطب بدكار

برشيد في : 31/03/2021 Berrechid, le :

**ORDONNANCE**

M<sup>r</sup> BENJABOUR Mustapha

30/11

- Rx poumons face

Dr. BEKKAI Laïla  
134, Bd El Fida Hay Yasmina  
Beerechid  
Tél: 06 61 56 93 14

Dr. BEKKAI Laïla  
134, Bd El Fida Hay Yasmina  
Beerechid  
Tél: 06 61 56 93 14



# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAOU**

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE

RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - RADIO - PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE - TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)



**الدكتور علي عزاوي**

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : ..... Berrechid, le : .....

2 AVR. 2021

**Nom et Prénom : BENJABOUR MUSTAPHA**

30 11

**Examen Pratiqué : Rx Poumon Face**

**Médecin demandeur : Dr. BEKKAI**

**Cher confrère**

**Merci de la confiance que vous nous témoignez**

### **COMPTE RENDU :**

- ❖ Silhouette cardio médiastinale de dimensions et de morphologie normales.
- ❖ Surcharge hilare bilatérale
- ❖ Souvent des 2/3 interne de l'hémi-coupôle diaphragmatique droite
- ❖ Accentuation de la trame broncho vasculaire
- ❖ Parenchyme pulmonaire de transparence habituelle (poumon 3<sup>e</sup> âge)

Confraternellement  
Signé : Dr. A AZZAOU



# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAOU**

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE  
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - RADIO - PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE - TELE CRANE

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)



**الدكتور علي عزاوي**

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : ..... Berrechid, le :

2 AVR. 2021

**Facture H080/2021**

**Je soussigné certifié avoir réalisé un examen**

**Examen Pratiqué : poumon face**

**Nom et Prénom: BENJABOUR MUSTAPHA** 30 11

**Pour la somme : 150.00DH**

**Cent cinquante dirhams**

**Signé : DR. A.AZZAOU**

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64  
DR. ALI AZZAOU  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64