

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-623451

MUPRAS  
RECEPTION 9

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>3044</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BENJABOUR Mustapha</b>			
Date de naissance : <b>01-09-1945</b>			
Adresse : <b>Yasmin I Fida Hay Yasmina</b>			
Tél. : <b>06.52.24.91.84</b>	Total des frais engagés : <b>491,80</b> Dhs		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>  Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. BEKKAI Laila</b>            134, Bd. El Fida Hay Yasmina  <b>BIERRECHID</b>            GSM: 061.56.93.14         </div> Date de consultation : <b>20/05/2021</b> Nom et prénom du malade : <b>BENJABOUR Mustapha - 76 ans</b> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même Nature de la maladie : <b>Bruxisme</b> 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. <b>27 MAI 2021</b>
--	--

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 : **Benabda**

Le : **27/05/2021**

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.

### 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
25/05 2021	C	1	150.00	INP : 9303999999999999 Dr. BAKKAL Latifa 134, Bd. El Fida Ray Yasmine BP 1000 - 23.14

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE S.A.R.L. 99, Bd Brahim Roudani 05 22 35 61 60 05</i>	21	376.80

Tel : 05 22 35 61 60

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

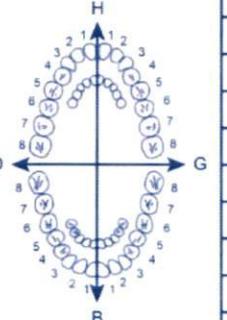
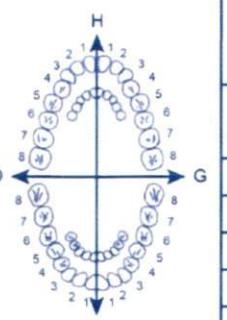
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
(Création, remont, adjonction)				
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				
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

BERRECHID

GSM 061.56.93.14

134, Bd. El Fida Hay Yasmina

BERRECHID, le : 25/05/2021

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بدكار

برشيد في:

## ORDONNANCE

Mr BENJABOUR Mustapha.

- ① - Floxetry 500mg sel SV n°1/16  
8520 1 - 1 - 1
- ② - Doliprane 500mg q eff n°2  
1580 1 - 1 - 1
- ③ - Biartine SV n°2.  
44.00 x 21 - 1 - 1
- ④ - Chiblo - Cadron ciblo SV n°1  
2860 1 - 1 - 1
- ⑤ - Opatano SV n°1  
9070 1 - 1 - 1
- ⑥ - Baycurone NV n°1  
2270 1 - 0 - 1
- ⑦ - Alpha-ketol n°2  
2260 x 21 - 0 - 1

Dr. Laïla Hay Yasmina  
Bd. El Fida Hay Yasmina  
BERRECHID  
GSM 061.56.93.14

شارع الفداء بحي ياسمينة، الطابق الأول - برشيد - الهاتف : 06 61 56 93 14  
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1er Etage - Beerechid - Tel: 06 61 56 93 14

# PHARMACIE SARY - Berrechid



ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

## Facture N° 20210525-777

Date de vente : 25/05/2021  
Médecin traitant : BEKKAI MUSTAPHA

BENJABOUR MUSTAPHA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ALPHAKADOL PD 35G POMMADE DERMIQUE	2	22,60	TVA (7.00%)	45,20
BAYCUTENE CR 15G CREME	1	22,70	TVA (7.00%)	22,70
OPATANOL CL 5ML COLLYRE	1	90,70	TVA (7.00%)	90,70
CHIBRO CADRON CL 5ML COLLYRE	1	28,60	TVA (7.00%)	28,60
BIAFINE EMULSION 93G	2	44,00	TVA (7.00%)	88,00
DOLIPRANE CO 1000MG B8 COMP EFFER	1	15,80	TVA (7.00%)	15,80
FLOXAM CO 500MG B16 GELULES	1	85,80	TVA (7.00%)	85,80

Total HT	352,15 DHS
TVA	24,65 DHS
<b>Total</b>	<b>376,80 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent soixante-seize DHS et quatre-vingts centimes

