

# 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 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**

Reclamation : 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)

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0006787**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3011 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENJABOUR TAYEB Date de naissance :

Adresse : NARJIS 4 eme D 407 WAFIK Benachid

Tél. : 06 58 24 91 87 Total des frais engagés : 254 420 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/21

Nom et prénom du malade : BNJABOUR Age : 36 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vue de nuit (OLC)

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 : Benachid

Le : 18/06/21

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
15/06/21	Catali			Dr. Abdelhak BOUCHTA Optomotobiologiste Boumerdes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Bouchta 99-100, Berrechidia 10-05-22	15-06-21	2841,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'heure.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A horizontal arrow labeled 'D' to 'G' passes through the arch, and a vertical arrow labeled 'H' to 'B' passes through the arch,				

Casablanca, le

15/6/2027

*Nom et Prénom : .....*

M. BENJABOUR MUSTAPHA  
Né le : 01/01/1945  
CJ021F15080300

*BoN*

65,00  
5-  
22,40

30,30

68,00  
x2

30,50

صيادلية ساري  
PHARMACIE SARY  
99, Bd Brahim-Roudani  
BERRECHID  
Tél : 05 22 33 61 86

T = 284,20

❖ OXIFLOR Cp

1cp x2/j pd 5 jours

❖ MAXIDROL Pommade

1 appl le soir pd 10 jours

❖ ICOMB Collyre

1 Gttes x 5/j pd 30 jours

❖ DICLOCED Collyre

1 Gttes x 3/j pd 30 jours

❖ Compresses Oculaires

1 Fois par jour

10 COMPRESSES OCULAIRES  
ADHÉSIVES - ADULTE

OXIFLOR 200 mg

10 comprimés

PPV 65DH00

EXP 09/2022

LOT 95015 1



Icomb®

Lot: 60051  
Fab: 07 20  
Exp: 07 22

DICLOCED 1 mg/ml

Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Distribué par COOPÉ PHARMA

Pharmacien Responsable : Amira DAoud

6 118001 101948

6 118001 101948

# PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID



Facture N° 20210621-920

Date de vente : 15/06/2021

Médecin traitant : BOUCHTA ABDELHAK

BENJABOUR MUSTAPHA

BERRECHID, Maroc

30/11

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
STERISOIN COMPRESSES OCULAIRES ADULTE B10	1	30,50	TVA (7.00%)	30,50
DICLOCED CL 10ML COLLYRE	2	68,00	TVA (7.00%)	136,00
ICOMB CL 5ML COLLYRE	1	30,30	TVA (7.00%)	30,30
MAXIDROL PO 3.50G POMMADE OPHTALMIQUE	1	22,40	TVA (7.00%)	22,40
OXIFLOR CO 200MG B10 COMP PM	1	65,00	TVA (7.00%)	65,00

Total HT	265,61 DHS
TVA	18,59 DHS
<b>Total</b>	<b>284,20 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingt-quatre DHS et vingt centimes

