

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

aire :

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.

die 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0036460

91484

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30.11 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJABOUR Mustapha

Date de naissance : 01-01-1945

Adresse : Nafis I imf apt 101 R Berrechid

Tél. : 06 52 20 91 87 Total des frais engagés : 750,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmine
BERRECHID

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2021

Nom et prénom du malade : BEN JABOUR Mustapha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aiguë/éczema des phis

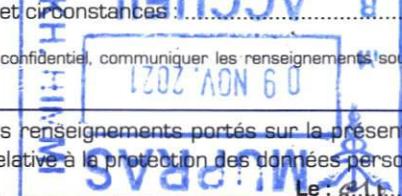
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 04-11-21

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
01/11/2021	c	1	150DH	 Dr. EL FIDAOUI 134, Bd EL HACHID CPA 153 25.14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.11.	600,40
	21	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

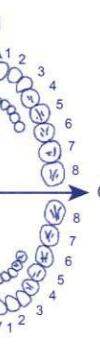
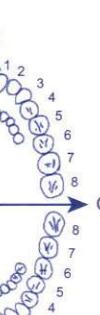
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, 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'EXÉCUTION

Berrechid

Dr. BEKKAI Laila
Berrechid, le : 04/11/2021 برشيد في :

Yasmina

134, Bd. El Fida , Hay Yasmina

BERRECHID

CSM. 061.56.93.14

ORDONNANCE

800d MR - BEN JABOUR Mustapha

1 - ZAMOxa 1f Sochet S.V. n°2
10000 - 1 - 1 à 12 jours

2 - Doliprante 1000mg eff. S.V. n°2
1000 - 1 - 1

3 - No-Dol fen 1000mg S.V. n°2
1000 - 1 - 1

30.00 1 - 1 S.V. n°2

4 - Docivox S.V. n°2
65.00x2 - 1 - 1

5 - Biafine S.V. n°2
44.00x2 - 0 - 1

6 - HYDRACORT cream S.V. n°2
40.00 - 1 - 1

7 - ALPHA-KADOL S.V. n°2
22.00 - 1 - 1

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

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID



Facture N° 20211104-709

Date de vente : 04/11/2021
Médecin traitant : BEKKAI LAILA

BENJABOUR MUSTAPHA

Maroc

30/11

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ALPHAKADOL PD 35G POMMADE DERMIQUE	3	22,60	TVA (7.00%)	67,80
HYDRACORT CR 0.5% 30G CREME	1	40,40	TVA (7.00%)	40,40
BIAFINE EMULSION 93G	2	44,00	TVA (7.00%)	88,00
DOCIVOX SI 200ML SIROP	2	69,00	TVA (20.00%)	138,00
NODOL FEN CO 400MG B30 COMP	1	30,00	TVA (7.00%)	30,00
DOLIPRANE CO 1000MG B8 COMP EFFER	2	14,60	TVA (7.00%)	29,20
ZAMOX ST 1G B14 SACHETS	1	109,00	TVA (7.00%)	109,00
ZAMOX ST 1G B12 SACHETS	1	98,00	TVA (7.00%)	98,00

Total HT	547,15 DHS
TVA	53,25 DHS
Total	600,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cents DHS et quarante centimes

