

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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° W21-623453

91483

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3011 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENJABOUR Mustapha

Date de naissance : 01-07-1945

Adresse : 14bis 1ème D AP 7 WAFIL Berrechid

Tél. : 06-52249187 Total des frais engagés : 497,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin : BEKKAI Leila

Cachet du médecin : 134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
BERRECHID  
GSM. 061.56.93.14

Date de consultation : 02/09/2021

Nom et prénom du malade : BENJABOUR Mustapha 76 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite chronique

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 : 02-09-21 Berrechid Le : 02/09/21

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
02/09/2021	C	1	150 DH	INP : 930399807 Dr. BAKKALI 134, Bd. El Fida H.B. Nassima BORDJ 051 56.93.14

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/21	347,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BEKKAI Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بدكار

برشيد في : 02/9/2021 Berrechid, le :

## ORDONNANCE

MR BENJABOUR Mustapha

- (1) - ZAMOX 1g sachet  
1 - 0 - 1  
15800
- (2) - SOLIPRANE 1000 mg  
1 - 1 - 1  
15800
- (3) - LABIXTEN 20mg  
0 - 0 - 1  
9970
- (4) - BRONCHOKOD 40mg  
1 - 1 - 1  
4410
- (5) - APPRINC 1000 sachet  
1 - 0 - 1  
3080
- (6) - SYSTRAL creme  
1 - 0 - 1  
1660
- (7) - CHIBRO - carbon collire  
1 - 1 - 1  
2940
- T = 34720

134 شارع القداء ، حي ياسمينه الطابق الاول - برشيد الهاتف : 06 61 56 93 14

134 Bd El Fida , Hay Yasmina , 1 er Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14



# PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID



Facture N° 20210902-204

Date de vente : 02/09/2021  
Médecin traitant : BEKKAI LAILA

BENJABOUR MUSTAPHA

3011

BERRECHID, Maroc

## Produit

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CHIBRO CADRON CL 5ML COLLYRE	1	29,40	TVA (7.00%)	29,40
SYSTRAL CR 15MG/G 20G CREME	1	16,60	TVA (7.00%)	16,60
ASPEGIC ST 1000MG B10 SACHET PM	1	30,80	TVA (7.00%)	30,80
BRONCHOKOD SI 5% SANS SUCRE ADULTE 300ML	1	41,10	TVA (7.00%)	41,10
LABIXTEN CO 20MG B30 COMP	1	99,70	TVA (7.00%)	99,70
DOLIPRANE CO 1000MG B8 COMP EFFER	2	15,80	TVA (7.00%)	31,60
ZAMOX ST 1G B12 SACHETS	1	98,00	TVA (7.00%)	98,00

Total HT 324,49 DHS

TVA 22,71 DHS

Total 347,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent quarante-sept DHS  
et vingt centimes



CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



M.M. Maroc  
N° 116 DMP/21/NCV  
Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC

Systral® Crème

LOT 0H050 3  
EXP 03/2026  
PPV 16DH60

PPV: 98DH00  
PER: 03-24  
LOT: K596

PPV: 15DH80  
PER: 02/24  
LOT: K523

LOT: 14520013  
PER: 10/2025  
PPV: 99,70 DH

LOT: 1137  
PER: 12/22  
PPV: 41,10DH

ASPEGIC 1G  
SACHETS B10  
P.P.V.: 30DH80  
LOT: 21E005  
PER: 04 2023