

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.

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 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° W21-623453

91483

MUPRAS
RECEPTION 9

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 : 21-07-1945
 Adresse : Avenue I Mb D AP 7 WAFIL Berrechid
 Tél. : 06-52249187 Total des frais engagés : 497,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin : BEKKAI Leila

Cachet du médecin :
 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 allergique 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 : Berrechid Le : 02/09/21
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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	150,00	INP : 930399804 DR. BEKKAH El Fida HB 134 Bd. BEAURECHATEL 934 081 56 93 14 Yasmine

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 :
Veuillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بدكار

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
BERRECHID
GSM: 06 61 56 93 14

Berrechid, le : 02/9/2021 : برشيد في

ORDONNANCE

MR = BENJABOUR Mustapha

- 1 - ZAMOX 1g sachet
1 - 0 - 1
 - 2 - SOLIPRANE 1000mg
1 - 1 - 1
 - 3 - LABIXTEN 20mg
0 - 0 - 1
 - 4 - Bronchocod 4mg
1 - 1 - 1
 - 5 - APPECIC 1000 sachet
1 - 0 - 1
 - 6 - SYSTRAL creme
1 - 0 - 1
 - 7 - CHIBRO - Carbon Collyre
1 - 1 - 1
- T = 347,20

PHARMACIE SARY
Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
BERRECHID
GSM: 06 61 56 93 14

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
BERRECHID
GSM: 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	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

صيدلية صاري
PHARMACIE SARY
99 . Bd Brahim Roudani
BERRECHID
Tel : 05 22 33 81 83

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH
6 118001 071425
M.M. Maroc
116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

ASPEGIC 1G
SACHETS B10
P.P.V.: 30DH80
6 118000 061083
LOT : 21E005
PER : 04/2023

Systral® Crème
LOT 0H050 3
EXP 03/2026
PPV 16DH60

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

PPV150DH80
PER 02/24
LOT K523

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

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