

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS  
RECEPTIONS

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3011

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BEN JABOUR Yustafa

Date de naissance : 1945

Adresse : Nafis I. mfl. y APF WATIK Benchedd

Tél. : 06 52 211 913

06 10 01 92 50

Total des frais engagés : 633,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Leila BEKKAI

134, Bd. El Fida Hay Yasmina

Tél. : 0661 56 93 14

Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : Benjebour Yustafa Age : 76

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Angine / bronchite (coryza)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

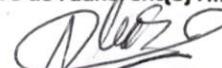
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2022



#### **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
17/10/2022	Ca	A	15000H	 Dr. Linda Hay Jasmyna KAI BD. 17/10/2022 14:56:93

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARY 89, Bd Ibrahim Roudani Tunisie 1061 Tunisie	17-10-22	483,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

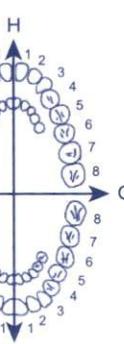
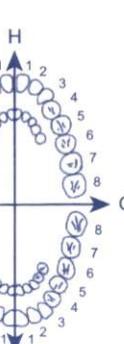
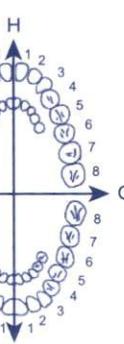
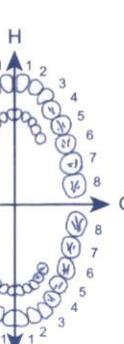
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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"/>

**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 البكاء ليلى

الطب العام

خريجة كلية الطب بـ دكار

Berrechid le3

برشيد في : Berrechid le ٢٦/١٠/٢٢

## **ORDONNANCE**

ORDONNANCE  
BENJAMIN BERKBOUR Mustapha

④ - ~~flexible~~ ~~reinforced~~ ~~soomful~~ no Year

(2) - PRESENCE longue op. effi.

30.00 3 - 0 - 0 x 0 signs  
③  $\times^2$  - nbo. fol fer 400 m<sup>2</sup> R.  
Nudani 1986

69.00 x 22 - 0 - 2.  
④ - Activox first

227<sup>o</sup><sub>x21</sub> - 1 - 1  
Lipomycin sachets n°2

③ - ~~ANSWER~~  
28.60      1-~~S~~ 1  
6      Chitro-cation      allyre      neL  
11

⑦ - JOLTARUNI Emulsi BEKKAI  
53.00 1- 1- 1  
VATA Hay Yasmin 12 13 14

شارع العذاء، حي ياسمينة الطابق الأول - برشيد الهاتف : 06 61 56 93 14  
134, Bd El Fida, Hay Yasmina - 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14

**PHARMACIE SARY - Berrechid**

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

**Facture N° 20221018-810**Date de vente : 17/10/2022  
Médecin traitant : BEKKAI LAILA**BENJABOUR MUSTAPHA**

BERRECHID, Maroc

30/17

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
VOLTAREN EMULGEL 50G	1	53,00	TVA (7.00%)	53,00
CHIBRO CADRON CL 5ML COLLYRE	1	28,60	TVA (7.00%)	28,60
RINOMICINE ST B10 SACHETS	2	22,70	TVA (7.00%)	45,40
DOCIVOX SI 200ML SIROP	2	69,00	TVA (20.00%)	138,00
NODOL FEN CO 400MG B30 COMP	2	30,00	TVA (7.00%)	60,00
PREDNI CO 20MG B20 COMP EFFER	1	42,00	Exonéré (0.00%)	42,00
FLOXAM CO 500MG B24 GELULES	1	116,40	TVA (7.00%)	116,40

Total HT 440,55 DHS

TVA 42,85 DHS

**Total 483,40 DHS**

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

LOT : M0522  
EXP : 12/2023  
PPV : 53,00 DH