

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0042654

146762

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6366 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSOULI SHID

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 61 60 50 22 Total des frais engagés : 496,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



134, Bd. El Fida Hay Yasmine

Tél. : 0661 56 93 19

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : Assouli Saïd Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Grippe / bronchite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

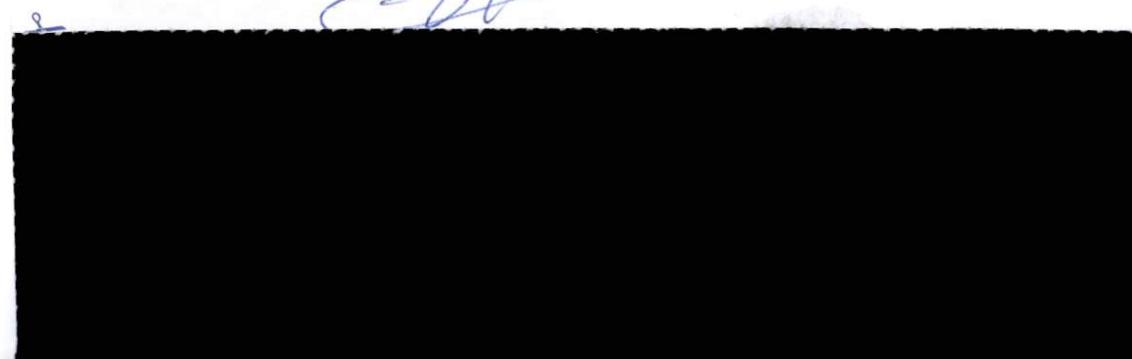
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 04/01/2023

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
04/01/2023	C	1	150.00	Dr. LELLA BEKKAL 134 Bd El Fida Hay Yasmina Tél: 0661 56 93 14



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AZIZ	04/01/2023	346.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		G
	B				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. BEKKAI Laila

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée de l'université de Dakar

الدكتورة البكاي ليلى

الطب العام

خريجة كلية الطب ب Dakar

Dr. Leila BEKKAI
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
Tél: 06 61 56 93 14

ORDONNANCE

M. Assouli Saïd

برشيد في:

① - AZIX 500 mg qd



PPV 79 DH 70
PER 07/25
LOT L2506

2950 - 0 - 0 x 03 long

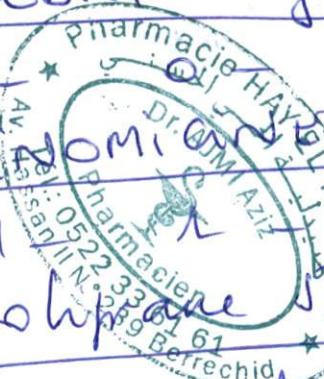
② - PREBONI 20 mg qd eff

UT. AV:
PPV (DH):
40,00

4000 2 sachet

22,70

③ - RUDOMI 200 mg qd



PPV 150 DH B 0
PER 09/25
LOT L2973
S 1

2240 1 sachet

④ - Doliprane 500 mg qd

1580 1 - 1 - 1

⑤ - MAXITONE AB



Lot : A consommer de préférence avant le 22/2024
PPC : 89,50 DH

835 1

⑥ - BETAXIUM 375 mg sachet

9300 0 - 0 - 1

32630



134, Bd. El Fida Hay Yasmina
Tél: 06 61 56 93 14

LOT: 220500
DUJ: 07/2025
99,00 DH

شارع الفداء، حي ياسمينة الطابق الأول - برشيد - الهاتف: 06 61 56 93 14

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