

# 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.

N° M21- 073507

148470

MUPRAS  
RECEPTION

C. MINI

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30.11

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJABOUR Mustapha

Date de naissance : 01-01-1965

Adresse : Marjis J. im bN 1 AP 7 WAFIK Berrechid

Tél. : 0669 04 9187 Total des frais engagés : 563,50 Dhs

0640 01 9250

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Leila BEKKA  
134, Bd. El Fida Hay Yasmine  
Tél. : 0661 56 93 14

Date de consultation : 24.12.2022

Nom et prénom du malade : BENJABOUR Mustapha Age : 78

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite / Hôp. ext

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 : 24.12.22 Berrechid

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24.12.22





REDACTED

## **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
24/12/2022	C	1	150 DH	DR. LEBLAI HAFIDH 134, Bd. El Fida Hay Lamia Tel.: 0664 50 93 14

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE SARY</b> 89, Bd Brahmi Roudani 06 23 61 86 	26/12/22	413,50

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

#### 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.

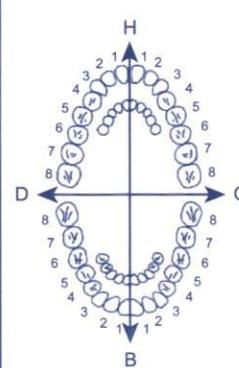
#### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

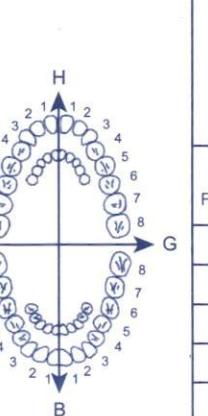
## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	G
3412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
3411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none; border-bottom: none;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>		<b>B</b>		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>G</b>																		
<b>B</b>																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

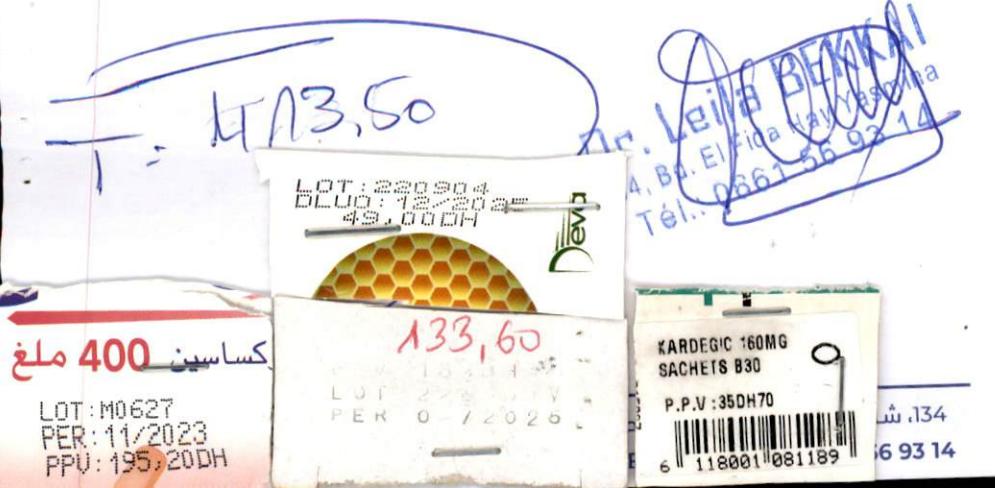
**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

ORDONNANCE

Berrechid, le 24/12/2022 برشيد في:

Dr. Leila BEKKAI M.R BENJABOUR Mustaphé  
134, Bd. El Fida Hay Yassina  
Tél.: 0661 56 93 14

- 1 - ZIVLOX 400 mg ~~q.s~~ n°1  
NOS 720 ١ قلچ
- 2 - Diovenor 600 mg ~~q.s~~ n°1  
123,60 ١
- 3 - KARDEGIC 160 mg sachet n°1  
35,70
- 4 - Docinox ~~160 mg~~ ١
- 49,00 ١ -
- Total: M 133,50





# PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

## Facture N° 20221226-698

Date de vente : 24/12/2022  
Médecin traitant : BEKKAI LAILA

BENJABOUR MUSTAPHA

Maroc

30/11

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOCIVOX SI 125ML SIROP	1	49,00	TVA (20.00%)	49,00
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	1	35,70	Exonéré (0.00%)	35,70
DIOVENOR CO 600MG B30 COMP	1	133,60	TVA (7.00%)	133,60
ZIVLOX CO 400MG B7 COMP PELL	1	195,20	TVA (7.00%)	195,20

Total HT	383,82 DHS
TVA	29,68 DHS
<b>Total</b>	<b>413,50 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre cent treize DHS et cinquante centimes

