

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.

AS9961

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30.11 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENJABOUR YOUSSEF

Date de naissance :

1945

Adresse :

Nefis I F. melle y WILFRED Berrechid

Tél. : 06-52-24-91-87

66-07-92-12-61

Total des frais engagés : 681,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Leila BEKKAI
134, Bd. El Fida Hay Yasmine

Tél. : 0661 56 93 14

Date de consultation :

10/04/2013

Nom et prénom du malade :

BENJABOUR YOUSSEF Age: 78 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

toux asthmatique / intérigo manifest

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

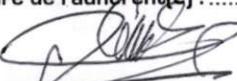
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10/04/2013

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
10/04/2023	C	1	150 DH	Dr. Mouloud EKKAO 134, Bd El Fida, Mar Yassine Tél: 0661 56 93 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S. Pharmacie S.A. 99, Bd Brahim Roudani - Berrechid - Té: 05 22 33 61 85 - N.P.: 06205251	10-04-23	531.10

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412 00000000	21433552 00000000	G
D	00000000	00000000	B
	35533411	11433553	

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

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. Leila BEKKAI

134, Bd. El Fida Hay Yasmina

Tél.: 0661 56 93 14

BURRECHIN

Le : 10/4/2023

M. BENJABOUR Mustapha

116.40

(1) ~~Rx floxam 500 mg SR~~ n° 1/2u

40.00 - 1 - 1 x 08 jours

(2) ~~Rx EFFIPREY 20mg SR ell.~~ n° L

99.00 - 0 - 0 x 08 jours

(3) ~~Rx LABIX TEN 20mg SR~~ n° L

69.00 - 0 - 1 x 08 jours

(4) ~~Rx docivox 500 mg SR~~ n° L

76.20 - 1 - 1 - 1

(5) ~~VOLTAREN E 75mg CP SR~~ n° L

40.40 - 0 - 0 - 1

(6) ~~HYDROGEL 9.5% crème~~ n° 2

49.00 - 0 - 0 - 1

(7) ~~MYCOADERME 10gr. 134, Bd. El Fida Hay Yasma~~ n° 1

531.10 - 0 - 1

Leila BEKKAI n° 2
134, Bd. El Fida Hay Yasma
Tel. 0661 56 93 14 n° 1



PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

Facture N° 20230411-449

Date de vente : 10/04/2023
Médecin traitant : BEKKAI LEILA

BENJABOUR MUSTAPHA

Maroc 3e11

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MYCODERME UE 1% 30G POUDRE USAGE EXTERNE	1	49,00	TVA (7.00%)	49,00
HYDRACORT CR 0.5% 30G CREME	2	40,40	TVA (7.00%)	80,80
VOLTAREN SR CO 75MG B20 COMP	1	76,20	TVA (7.00%)	76,20
DOCIVOX SI 200ML SIROP	1	69,00	TVA (20.00%)	69,00
LABIXTEN CO 20MG B30 COMP	1	99,70	TVA (7.00%)	99,70
EFFIPRED CO 20MG B20 COMP EFFER	1	40,00	Exonéré (0.00%)	40,00
FLOXAM CO 500MG B24 GELULES	1	116,40	TVA (7.00%)	116,40

Total HT	491,99 DHS
TVA	39,11 DHS
Total	531,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent trente et un DHS et dix centimes

صيادلة
Farmacie SARY
99, Bd Brahim Roudani
- Berrechid -
tél: 05 22 35 01 86 - INP: 062052527

PPV 116DH40
LOT 240232
EXP 05/2024

FLOXAM
Flucloxacilline
500 mg
4 gélules Voie ora

PPU 40DH00
EXP 10/2025
LOT 200186

EFFIPRED® 20 mg

PPU: 99,70 DH
EXP: 09/2027
LOT: 14522008

PPU: 69,00 DH
EXP: 02/2025
LOT: 220159

042538600005
6 11200005024
44,00 DHS
Prix Public de vente
Maroc

PPU: 49,00 DH
PER: 11/2026
LOT: 08221031
EXP: AVR 2024
PPV: 40,40 DH

023, 13:4