

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° M21- 0036462

AS 9961

☒ 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 : 1945
 Adresse : N° 17 rue 7ème 9 Wafik Benachiel
 Tél. : 06-52249187 Total des frais engagés : 681,10 Dhs
 6607924361

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Leila BEKKAI
 134, Bd. El Fida Hay Yasmine
 Tél. : 0661 56 93 14
 Date de consultation : 10/04/2023
 Nom et prénom du malade : BENJABOUR Mustapha Age : 78 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : toux asthmatique / intertrigo infecté
 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 : BERRICHIO

Le : 10/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
10/01/2023	C	1	110,54	DR. LEILA REKRAI 134, Bd El Fida Hay Yasmine Tél: 0667 56 93 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

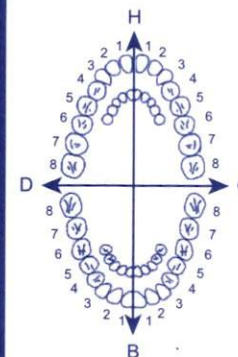
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



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
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

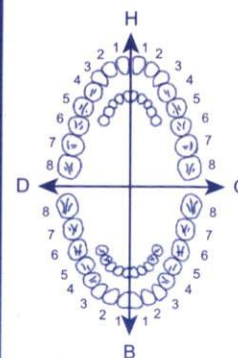
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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

BERRECHID

Le: 10/4/2023

MR BENJABOUR Mustapha

116.40

- ① FLOXAM 500 mg $\frac{1}{1}$ x 08 jrs $\frac{1}{1}$ no 1/2u
- ② EFFIPREN 20mg $\frac{1}{1}$ x 08 jrs $\frac{1}{1}$ no L
- ③ LABIXTEN 20mg $\frac{1}{1}$ x 08 jrs $\frac{1}{1}$ no L
- ④ Docivox 600 $\frac{1}{1}$ x 08 jrs $\frac{1}{1}$ no L
- ⑤ VOLTARENE SR 75mg $\frac{1}{1}$ x 08 jrs $\frac{1}{1}$ no L
- ⑥ HYALAGUPT 9.0% crème $\frac{1}{1}$ x 08 jrs $\frac{1}{1}$ no 2
- ⑦ MYCOBERME $\frac{1}{1}$ x 08 jrs $\frac{1}{1}$ no 1

Dr. Leila BEKKAI
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
Tél.: 0661 56 93 14

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

3011

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
VOLTARENE 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

صيدلية ساري
Pharmacie SARY
99, Bd Brahim Roudani
Berrechid -
Tél: 05 22 35 01 86 - INP: 062052527

