

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-623463

*MUPRAS RECEPTION*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	30.11	Société :	RAY
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 76848
Nom & Prénom : BENJABOUR Gustaf			
Date de naissance : 1945			
Adresse : Sayfi 1 imbd 5 apt 7 WAFK Boulachid			
Tél. : 0607 92 13 61 Total des frais engagés : 377,30 Dhs			

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	Dr. Leila BEKKAI
	134, Bd. El Fida Hay Yasmine
	Tel. 0601 55 93 14
Date de consultation :	18/8/2023
Nom et prénom du malade :	RENJABOUR Mustapha
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite aigre / all. aig.
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 : 18/8/2023  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : 18/8/2023

### 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
18/08/2023	C	1	150 Dhs	INP : 0610118024 Dr. Leila BEKKA 134, Bd. EL HADJ YOUSSEF 066155931

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Charmacie SARY 99, Bd Brahim Roudani - Berrechid - 05 22 33 01 85 - INP: 0620529	18/08/2023	227,30 Dhs

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

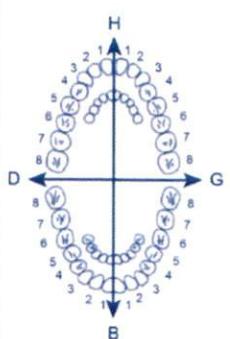
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

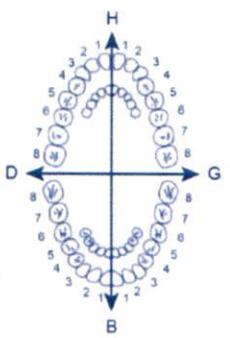
#### Important :

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	INP :



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur BEKKAI Laïla

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de  
Dakar

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب ب Dakar

Dr. Leila BEKKAI!  
Berechid: 134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
Tél: 06 61 56 93 14  
Briseid: 18/8/2023

برشيد في:

## ORDONNANCE

MR BENJABOUR

Moustapha

- ① - ZIVLOX 4p 1 - 0 - 0 n° 2
- ② - EFFIPRED 20 mg q.j. 3 - 0 - 0 x 0,5 S.V. n° 1
- ③ - NO-BOL fen 400 mg q.j. 1 - 1 - 1 S.V. n° 2
- ④ - Doxicloxa 81 mg 1 - 1 - 1 S.V. n° 1
- ⑤ - MEGAFON 160 mg q.j. 1 - 1 - 1 S.V. n° 1

صيدلية ساري  
Pharmacie SARY  
99, Bd Brahim Roudani  
- Berrechid -

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

06 61 56 93 14 , شارع الفداء حي ياسمينة، الطابق الأول - برشيد - الهاتف : 06 61 56 93 14  
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1er Etage - Beerechid - Tél: 06 61 56 93 14

Tél: 05 22 33 61 86 - INP: 06292527

**PHARMACIE SARY - Berrechid**

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

**Facture N° 20230818-515**

Date de vente : 18/08/2023

Médecin traitant :

**BENJABOUR MUSTAPHA**

Maroc

**Produit****Qté.****P.U****TVA****Total**

MEGASFON CO 160MG B20 COMP	1	58,30	TVA (7.00%)	58,30
DOCIVOX SI 200ML SIROP	1	69,00	TVA (20.00%)	69,00
NODOL FEN CO 400MG B30 COMP	2	30,00	TVA (7.00%)	60,00
EFFIPRED CO 20MG B20 COMP EFFER	1	40,00	Exonéré (0.00%)	40,00

Total HT	208,06 DHS
TVA	19,24 DHS
<b>Total</b>	<b>227,30 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent vingt-sept DHS et trente centimes**

صيدلية ساري  
**Pharmacie SARY**  
 99, Bd Brahim Roudani  
 - Berrechid -  
 Té: 05 22 33 61 86 - INP: 062052537

