

RÉCOMMANDATIONS 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- 073665

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3011 Société : RAN A 76845
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENJABOUR Mustapha
 Date de naissance : 1945
 Adresse : Hayat I mb d APF WATIK BENECHIOU
 Tél. 0652 249187 / 0607 921361 Total des frais engagés : 74,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 17/7/2023
 Nom et prénom du malade : BENJABOUR Mustapha Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite aiguë / chronique
 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 : BENECHIOU

Le : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

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
17/07/2023	C	1	150 DH	Dr. LEILA BEKKAI 134, Bd El Fkih Bay Yasmia Tel: 0667 56 93 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SARY 99, Bd Brahim Roudani Tél: 05 22 33 51 86 - INP: 062052527	17-07-23	574,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

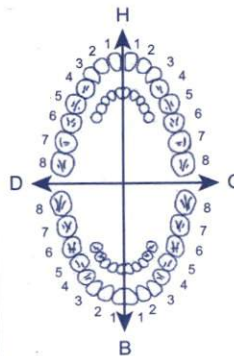
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

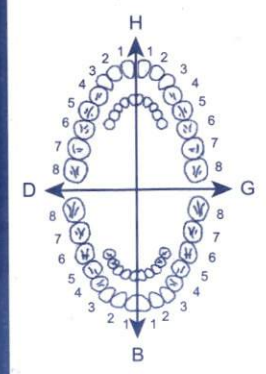
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BEKKAI Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بـدكار

Dr. Leila BEKKAI

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

Barrechid, le: 17/7/2023

برشيد فر:

ORDONNANCE

Pharmacie
99, Bd. Brahim Rouddani
Barrechid
Té: 05 22 33 61 86
NIP: 062052527

195.00 M^{re} - BENJABOUR

① - Zivlox 4
40.00

② - EFFIPREN 20mg 4 eff
69.00
2 - 0 - 0 x 05 jours

③ - Acuvox sinet
76.20
1 - 2 - 1

④ - VOLTARENE SR 75mg 4
44.00

⑤ - BIASIN
40.40
1 - 0 - 1

⑥ - H... 0,5% new
1 - 0 - 1

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

134, شارع الفداء، حي ياسمين الأول - برشيد الهاتف: 06 61 56 93 14
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1^{er} Etage - Barrechid - Tél: 06 61 56 93 14

574,20

PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

**Facture N° 20230717-768**Date de vente : 17/07/2023
Médecin traitant : BEKKAI LAILA**BENJABOUR MUSTAPHA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
HYDRACORT CR 0.5% 30G CREME	2	40,40	TVA (7.00%)	80,80
BIAFINE EMULSION 93G	1	44,00	TVA (7.00%)	44,00
VOLTARENE SR CO 75MG B20 COMP	1	76,20	TVA (7.00%)	76,20
DOCIVOX SI 200ML SIROP	2	69,00	TVA (20.00%)	138,00
EFFIPRED CO 20MG B20 COMP EFFER	1	40,00	Exonéré (0.00%)	40,00
ZIVLOX CO 400MG B7 COMP PELLI	1	195,20	TVA (7.00%)	195,20

Total HT	525,28 DHS
TVA	48,92 DHS
Total	574,20 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-quatorze
DHS et vingt centimes**

صيدلية ساري
Pharmacie SARY
99, Bd Brahim Roudani
- Berrechid -
Té: 05 22 33 61 86 - INP: 062052527



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76,20 DH

LOT: 0115
EXP: JUN 2024
PPV: 40,40 DH

6 118000 050247

44,00 DHS
Prix Public de Vente
AMM 121/17DMP/21/NRO
Maroc

377676F

LOT: 230 105
DLUO: 01/2026
69,00DH

3204 ICE : 00042538600005

61

LOT: 230 102
DLUO: 01/2026
69,00DH

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 06/2025
LOT 22012 9

7/0

فلوكساسون
400
LOT: NO 497
PER: 07/2023
PPV: 195,20 DH