

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0013809

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MERZAG AHMED
Date de naissance : 1944
Adresse : 396 NAWRASS DAR BOUAZA CASA
Tél : 0671 907244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ABIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés N° 11, Imm 5, Apt 2, El Goud
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 07 10 71 50 04

Date de consultation : 01/02/2023
Nom et prénom du malade : MERZAG AHMED Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle, Diabète
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
01/04/23	C	1	150	Dr. ADIL BEKKALI Médecin Généraliste Echographie Médicale Résultats de Sport 2015-2016 CS 07 02 75 58 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OUMRANE LAHJAL - DAR KOUCH T. 022 - 98 - 52 - 84 022 - 98 - 52 - 84	1/02/2023	887,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

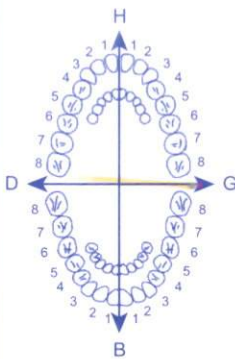
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>

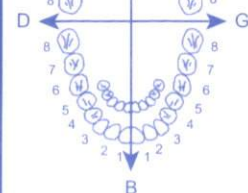
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

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

Dr. Adil BEKKALI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Sousse

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplômé de Médecine de Sport

de la Faculté de Rennes

الدكتور عادل البقالي

خريج كلية الطب بسوسة

الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير

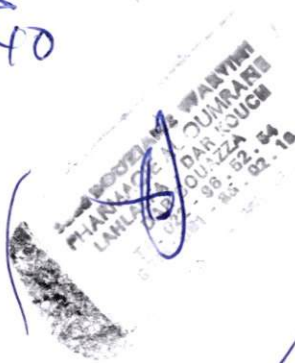
بالأمواج فوق الصوتية من كلية مونبلييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

FERZAS AHMED
Casablanca, le : 01.02.2023

214.00x3 = 642.00
Twin sta 140 (3.7)
My el nali
30.70x3
92.10 Kaudeg...
51.10x3
153.30 ANAREL my
887.40



Dr. Adil BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods
di Bernoussi - Casablanca
Tél : 07 62 76 58 06

إقامة النخيل، عمارة 5 الشقة 2 حي القدس، سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - المممول : 07 62 76 58 06

Résidence Nakhil, Imm. 5 Appt N° 2 Hay Al Qods - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél / Fax : 07 62 76 58 06

6 118001 040735

TWYNSTA® 40 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 214 DH 00

310503-02

6 118001 040735

TWYNSTA® 40 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 214 DH 00

310503-02

6 118001 040735

TWYNSTA® 40 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 214 DH 00

310503-02

LOT : 22E005
PER : 03 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 21E001
PER : 10 2024

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V : 51DH10

6 118000 060024

LOT : 22E005
PER : 03 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 21E001
PER : 10 2024

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V : 51DH10

6 118000 060024

LOT : 22E005
PER : 03 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 21E001
PER : 10 2024

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V : 51DH10

6 118000 060024