

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 004728

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 168564
Nom & Prénom : MERZAO AHMED
Date de naissance : 01.01.1944
Adresse : 396 NAWRASS DARBOUJAZZA CASA
Tél. : 0671907244 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. ADIL BEKKAL
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qob
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 62 76 58 06
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : MERZAO 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) :
17 JUL. 2023
ACCUEIL

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

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
22/06/2023		1	159	DR. ADIL BEKKAN Médecine Générale Echographie Médecine de Sport Rés Nakhil, Imm 5, App 2, El Oodas Sidi Bernoussi - Casablanca GSM: 07 62 76 58 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OUMRAH Sidi Bernoussi - Casablanca Tél: 07 62 76 58 06	22/06/2023	1046,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

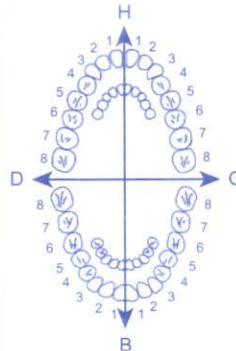
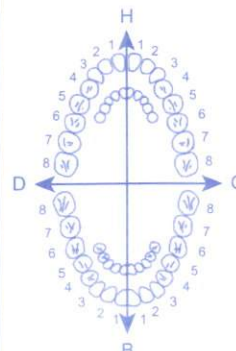
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canalaires, 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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 مونتبييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

Casablanca, le : 22-05-2024

NERZAF AMRED

267,00 X 3 = 801,00

Twinsta 5/80

30,70 X 3 = 92,10

Kardegic 75

51,10 X 3 = 153,30

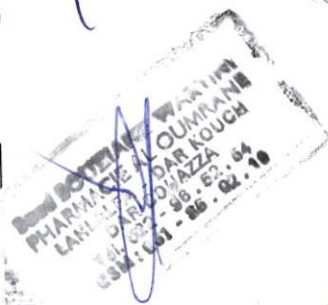
AMAREL

1046140

LOT: 21E001
PER: 10 2024
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V: 51DH10
6 118000 060024

LOT: 21E001
PER: 10 2024
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V: 51DH10
6 118000 060024

LOT: 21E001
PER: 10 2024
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V: 51DH10
6 118000 060024



Dr ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods
Sidi Bernoussi -
GSM: 07 62

.5 Appt N° 2 Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca - 7

إقامه النخيل عمارة 5 الشقة 2 حي القدس سيدي البرنوصي الدار البيضاء - المحمول: 5

6 118001 040759
TWYNSTA® 80 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00

6 118001 040759
TWYNSTA® 80 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00

6 118001 040759
TWYNSTA® 80 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00

LOT: 23E002
PER: 10 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

LOT: 23E002
PER: 10 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

LOT: 23E002
PER: 10 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847