

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

- 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.

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° W19-499156

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DHISSI SALAH EDDINE
 Date de naissance : 15/10/1956
 Adresse : LOT. NAWRAS. 267 DARBOUAZZA-NOUACEUR
 Tél. : 0661183466 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. ADIL BEKKALI**

Médecine Générale
 Echographie Médecine de Sport
 Rés Nakhil, Imm 5, Apt 2, El Oudi
 Sidi Bernoussi - Casablanca
 GSM: 07 62 75 55 65

Cachet du médecin :

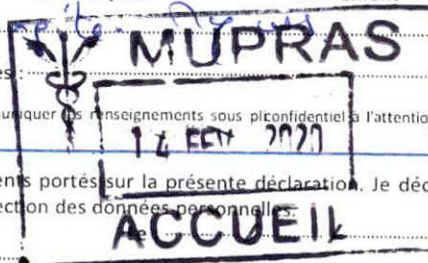
Date de consultation : 08-02-2020
 Nom et prénom du malade : GUENDOUKI ANWA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinopharyngite
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :


Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8/2/2020		1	159	INP: 109128000 Dr. ADIL BEKKALI Médecine Générale Echographie Médecine de Spécialité Rés Bekkali, Imm 5, Apt 2, El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/2/2020	209,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

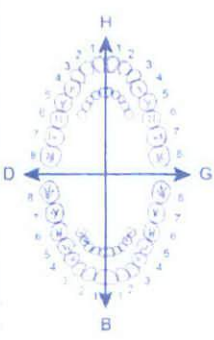
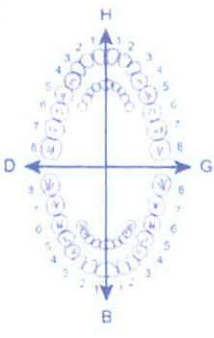
[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
					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			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																				
	<table><tr><td></td><td>H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000500</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td></td><td>B</td><td></td></tr></table>				H		25533412	21433552		00000000	00000500		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
		H																								
	25533412	21433552																								
	00000000	00000500																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
		B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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 مونتيليه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

Casablanca, Le 08-02-2020

M^{me} Guendouli ANINA

79.70

Zithromax 500 MG



22,70

Fluibrone



38,80

Fluibrone



45,20

Mycoster



209,10

ZITHROMAX 500 MG

Boite de 03 comprimés

Lot : 1278481

Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2021

PPV : 79.70 DH

22,70

Fluibrone

Sirap
Flacon 100ml
PROMOPHARM S.A.



1*8000*240426



811118

LOT : 8MA102
PFR : 09/2021

MYCOSTER 1

CREME T30G

P.P.V : 45DH20



6 118000

Dr. ADIL BEKKALI

Médecine Générale

Echographie Médicale de Sport

Rés Nakhil Imm 5, Appt 2, El Qods

Sidi Bernoussi - Casablanca

GSM: 07 62 76 58 06

Saad BOUANE WARTINI
PHARMACIE AL OUMRANE
LAHLAYE DAR KOUCH
DAR BOUAZZA
Tél: 021 98.52.54
GSM: 07 35.02.19

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

إقامة النخيل عمارة 5 حي القدس سيدي البرنوصي الدار البيضاء - الهاتف: 07 62 76 58 06