

## 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 28 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-427559

21335

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3660 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEKKI Salaheddine

Date de naissance : 05/05/1960

Adresse : 325 Groupe Zenata 4 AL WODS Bernoussi Casa

Tél. : 06 67 04 59 70 Total des frais engagés : 405,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. ADIL BEKKALI**  
Médecine Générale  
Echographie Médecine de Sport  
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods  
Sial Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 42 76 58 06

Date de consultation : 01/02/2020

Nom et prénom du malade : TAOUR FATIMA Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite Dacryalgie

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.

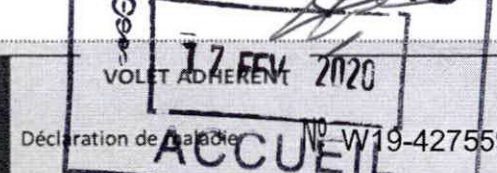
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 01/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie N° W19-427559

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

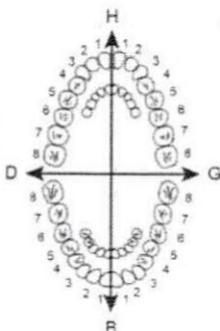
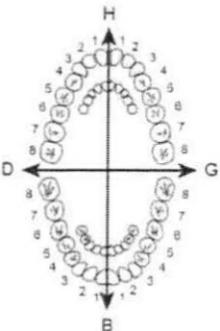
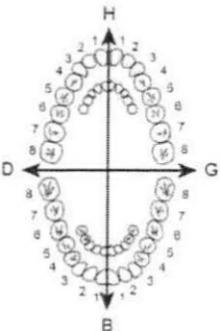
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/04/2022	U	1	150	INP : 01/10/18-24 <b>Dr. ADIL BEKKALI</b> Médecine Générale Echographie Médecine de Sport Rex Nakhil, Imm 5, Apt 2, El Gouda

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE RIAD AL QADIS</b> 310 Bis CNE / Zone 4 Hay Al Qadis - Sidi Bernoussi - Tél.: 05.22.73.21.91	1/02/20	255.00

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

[illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez 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	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px; vertical-align: middle;"></table>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
	<table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412    21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000    00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D                                  G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000    00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411    11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412    21433552	00000000    00000000	D                                  G	00000000    00000000	35533411    11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H												
	25533412    21433552												
	00000000    00000000												
	D                                  G												
	00000000    00000000												
	35533411    11433553												
	B												
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 مونتيلييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

Casablanca, Le 20.02.2022

196.30 Augmenten 16

1 sachet = 21

22.40 Rimovane

1 sachet = 21

16.00 Doliprane 16

1 sachet = 21

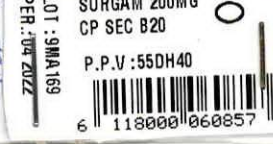
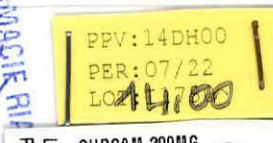
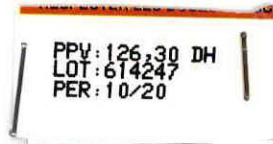
55.40 Surgam 200

1 sachet = 31

37.00 Duoxal

1 sachet = 31

255.40



**Dr. ADIL BEKKALI**

Médecine Générale

Echographie Médecine de Sport

Rés Nakhil, Imm 5, Apt 2, El Qods

Sidi Bernoussi - Casablanca

GSM: 07 62 76 58 06

Résidence Nakhil Imm.5 Apt 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

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigne : ..... SEDKI Salaheddine .....

Titulaire de la CIN : ..... B569339 .....

Matricule RAM : ..... 03660 .....

Adresse domicile : ..... N° 325. Groupe Zenata 4. EL WODS Sidi Belmoussa  
Casa .....

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Mme ou ~~Mr~~ : ..... TAOURI FATIMA .....

Titulaire de la CIN : ..... BH310708 .....

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou l'impôt sur les sociétés au titre de l'année fiscale 2019. Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les informations que j'ai fournies sont correctes et complètes. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de mon droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « **ARTICLE 4 et 6** ».

Je m'engage à avertir les services de la Mupras de tout changement de la situation professionnelle de mon conjoint.

La présente déclaration est faite suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à Casablanca le : 01/02 / 2020

**Signature :**

