

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.

Diagnostic 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

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° P19- 044732

64268

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAR AHMED

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 396 NAWRASS DARBOUATIA - CAS

Tél : 0671907244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachedu médecin :

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil Imm 5, Apt 2, El Qods
Sidi Rahmoussi - Casablanca
GSM: 07 62 75 55 00

Date de consultation : 12 / 03 / 2021

Nom et prénom du malade : MERZAR AHMED Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle - Diabète

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 : 23 / 03 / 2021

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 attestant le paiement des Actes
12/03/2011	Cn	1	150	<p>DR. ADIL BEKKALI Médecin Généraliste Echographie Médecine de Sport Rés. Mokhlis, Imme. 7, April 2, El Oued El Jidi Demoussi, Casablanca CSM. 67 12 75 13 06</p> <p><i>Handwritten:</i> 7091018044</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DAR KOUCI LAHLEH BOUZZA Tél. 021 - 96 52 54 061 - 85 02 10</p>	12/3/2021	990,30

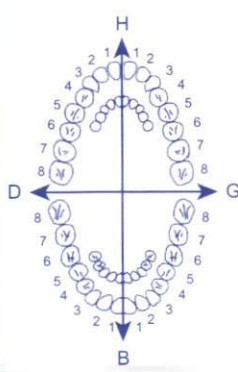
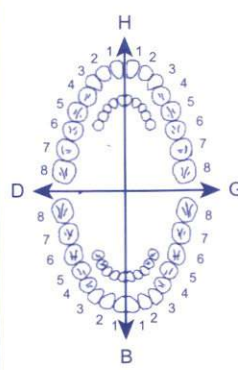
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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'EXEC

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 مونتبلييه
حاصل على دبلوم الطب الرياضي
من كلية رين

NERZAK AHMED

Casablanca, Le 12 - 3 2021

214,00 x 3 = 642,00

Twynsta 40 mg

5110 x 3 = 15330

ANAREL 1mg

195,00

concell plus

990,30

SEBBOUZI EL WARTANE
PHARMACIE EL OUAHANE
BORDJ BOU ALI
Tél: 03 66 52 52 54
GSM: 06 66 02 19



6 118001 040735
TWYNSTA* 40 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 214 DH 00

BOTTU S.A. PPV: 214 DH 00

310503-02



6 118001 040735
TWYNSTA* 40 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A.

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V.: 510DH10

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V.: 510DH10



AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V.: 510DH10

LOT: 201E001
PER: 01 2023

Dr. ADIL BEKKALI

Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods
Cité Bernoussi - Casablanca

REMBOURSE

MUTUELLE

Résidence Nakhil Imm.5 Appt N°2 Hay Al Qods S

07 62 76 58 06 : المحمول - صي الدار البيضاء