

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0057310

99327

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAG AHMED

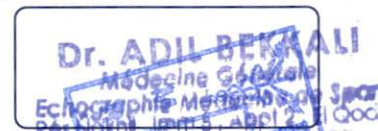
Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : 396 MAWRASS DAR BOUJAZZA

Tél. : 0671907244 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/12/2015

Nom et prénom du malade : MERZAG 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-057310

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
03/12/21	C	1	150	Dr. ADIL BEKALI Médecine Générale Echographie Médecine de Santé Des Nakhil Imm 5, Apt 2, El Qouda Sidi Bou Said 20700 Tél: 07 27 45 55 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE W. EL  
LAHLAL AL OUMMANE  
Tél: 07 27 45 55 00  
Sidi Bou Said 20700

3/12/2021

1074,30

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

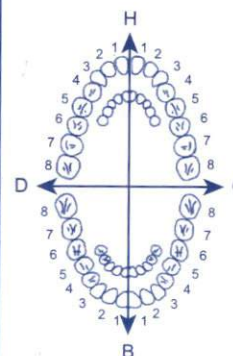
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

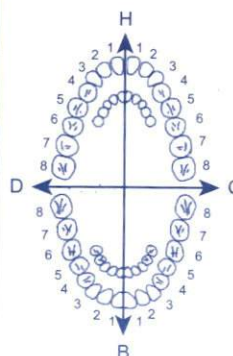
FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
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

# VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Adil BEKKALI

# الدكتور عادل البقالي

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

خريج كلية الطب بسوسة

الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير

بالأمواج فوق الصوتية من كلية مونبلييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

Casablanca, Le :

21.12.2023

NERZAK AHMED

$$267,00 \times 3 = 801,00$$

Twynsta 80/5

$$60,40 \times 3 = 181,20$$

ASARIL 2 sup

$$30,70 \times 3 = 92,10$$

Kardexic 75

1074,30

Said BOUZIANE WARHANE  
PHARMACIE BOUMRANE  
LAHJALIAH PAR KOUCHA  
Tél: 022 98 52 84  
GSM: 061 - 85 02 15

Dr. ADIL BEKKALI

Médecine Générale  
Echographie Médecine de Sport  
Ras Nakhl Imm 5 Apt 2 El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
CIN: 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 الشقة 2 حي القدس سيدي البرنوصي الدار البيضاء - المحمول : 07 62 76 58 06

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40  
LOT : 21E001  
PER.: 06 2024  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40  
LOT : 21E001  
PER.: 06 2024  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40  
LOT : 21E001  
PER.: 06 2024

BOTTU S.A.  
28 comprimés  
(telmisartan/amlodipine)  
TWYNSTA® 80 mg/5 mg  
6 118001 040759  
PPV: 267 DH 00  
310505-01  
BOTTU S.A.  
28 comprimés  
(telmisartan/amlodipine)  
TWYNSTA® 80 mg/5 mg  
6 118001 040759  
PPV: 267 DH 00  
310505-01  
BOTTU S.A.  
28 comprimés  
(telmisartan/amlodipine)  
TWYNSTA® 80 mg/5 mg  
6 118001 040759  
PPV: 267 DH 00  
310505-01

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 21E006  
PER.: 12 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 21E006  
PER.: 12 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 21E006  
PER.: 12 2022



Client Le 31/12/2021  
M MERZAG Ahmed

~~Soud BOUZIANE WARTINI  
PHARMACIE AL OUMRANE  
LAHLAL DAR KOUCH  
Tél: 012 86 52 54  
GSM: 061 85 02 19~~

FACTURE N° 33

Quantité	Designations	Prix unitaire	Montant
①	Twynsta 80/5 cr	264,00	801,00
①	Anurel 2m cr	60,40	181,20
②	Karabfure 7/4	30,70	92,00
TOTAL:			1074,30

~~Soud BOUZIANE WARTINI  
PHARMACIE AL OUMRANE  
LAHLAL DAR KOUCH  
Tél: 012 86 52 54  
GSM: 061 85 02 19~~