

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Code réservé à l'adhérent [e]

31021

Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHID BASIDI

Date de naissance :

01-01-1946

Adresse :

216 Lotissement Montawakil Dar Bouazza

Tél. : 06 73 15 18 62

Total des frais engagés : 1596,10 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  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 62 76 58 06

Date de consultation :

15/01/2023

Nom et prénom du malade :

CHAHID BASIDI

Age : 79

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Crise hémorragique avec anémie

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 : Casablanca

Le : 15/01/2023

Signature de l'adhérent[e] :



### RELEVE 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
15/2/23	U	150	150	<p><b>Dr. ADIL BEKKALI</b> Médecin Général Echographe Médecine de Sport Résidence, Imm 5, App 2, El Gouda Boussouf - Casablanca 091 018 994</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE WARYING LAZARUS DAKAR 02.54.02.10	15/2/2023	1446710

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Axes D			

**Dr. Adil BEKKALI,**

Diplôme 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 بمروسة

**الطب العام**

حاصل على دبلوم التصوير

بالموجات فوق الصوتية من كلية مونبلييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

CHAHID

Casablanca, le : 15/02/2003

BASIDI

$$122,70 \times 4 = 490,80$$

DAFLON 500

2 x 3,1

- 45

2 x 3,1

$$48,00 \times 2 = 96,00$$

Hemofast

$$14,50 \times 15 = 217,50$$

Hemofast

2 x 100 g

$$47,90 \times 2 = 95,80$$

Algideen 250

2 x 100 g

94,100 ~~100~~ Ferplex F4

$$226,00 \times 2 = 452,00$$

Salve de na 200 g  
galage

144610

MAOUZI WARTINI  
PHARMACEUTIQUE  
LAÏLA DAYA - 03-52-54  
LAÏLA DAYA - 03-52-10

**Dr. ADIL BEKKALI**

Médecine Générale

Echographie Médecine de Sport

Rés Nakhil, Imm. 5, Appt 2, El Qods

Sidi Bernoussi - Casablanca

GSM: 07 62 76 58 06

122,70

122,70

122,70

122,70

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

LOT: 06222017  
PER: 07/2027  
PPV: 47,90 DH

LOT: 06222017  
PER: 07/2027  
PPV: 47,90 DH

Tube de 30g  
LOT: 4175  
EXP: 12/25  
PPV: 48,00 DH

Tube de 30g  
LOT: 4175  
EXP: 12/25  
PPV: 48,00 DH

### FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fe protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-dose  
avec bouchon réservoir de poche  
pour solution extemporanée

PPV: 94,00 Dhs

6 118001 440047

LOT: 22010  
PER: 09/24  
PPV: 226,00

LOT: 22010  
PER: 09/24  
PPV: 225DH 00  
226,00