

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

- 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 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

M22- 0012092

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3102 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHID BASIDJ

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : 216 Lotissement Montawakil Des Bouzzou

Tél. : 0673551862 Total des frais engagés : 1596,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Res Nakhil, Imm 5, Apt 2, El Goud
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 62 76 58 04

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : CHAHID BASIDJ Age : 77ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cuse Hemorridaire Anémie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27/02/2023

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 : 15/02/2023

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
15/2/23			150	Dr. ADIL BEKKALI Médecine Générale Echographie Médecine de Sport Rég. Nat. Im. 5 - Apt. 2 - El Gass Boulevard - Casablanca 07 12 4 58 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WARYIM LAIKANE 02.54	15/2/2023	1446,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

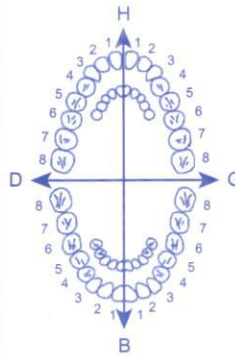
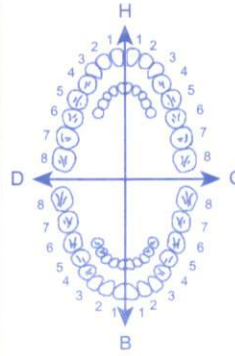
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 بسوسة

الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير

بالأمواج فوق الصوتية من كلية مونتبلييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

CHAHID BASIDI
Casablanca, le 15-2-2023

$$122.70 \times 4 = 490,80$$

DAFlou 500

2 ap x 3,

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

Hemoreine pr

1 m x 2

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

Hemofast

1 ap x 3,

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

Algixem 250

1 ap x 2

$$94,00$$

Ferplex FL

$$226,00 \times 2$$

$$452,00$$

Esac 400

1 ap x 2

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

إقامة النخيل، عمارة 5 الشقة 2 حي القدس، سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - المحمول : 07 62 76 58 06

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

122,70

122,70

122,70

122,70

LOT:4175
EXP:12/25
PPC:48,00DH

Tube de 30g
LOT:4,75
EXP:12/25
PPC:48,00DH

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
PPU:47,90 DH

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

LOT: 22019
PER: 09/24
PPV: 226,00

LOT: 22019
PER: 09/24
PPV: 226,00

FERPLEX[®] FOL
40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate
Boîte de 10 flacons uni-dose
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée
PPV : 94,00 Dhs
6 118001 440047