

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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- 0044344

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1774 Société : 164285  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENZAKOUR Wafa  
Date de naissance : 04/03/1956  
Adresse : Dar Bouazza Residence Garden Loft  
Imm 4 APP 10  
Tél. : 0661374583 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADIL BEKKALI  
Médecine Générale  
Echographie Médecine de Sport  
Rés Nakhil, Imm 5, App 2, El Qad  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 67 76 55 06

Date de consultation : 25/05/2023  
Nom et prénom du malade : BENZAKOUR Wafa Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Brouette Ballonnette  
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) :



# 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
05/06/23		1	150	DR. ADIL BELKAI Médecine Générale de 1 <sup>er</sup> Degré Echographie Médicale de 1 <sup>er</sup> Degré RÉS NIKHIL IMM S. ALPES C. D. GOU Sidi Bernoussi - Casablanca GSM: 07 52 76 58 02

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/6/2023	487,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

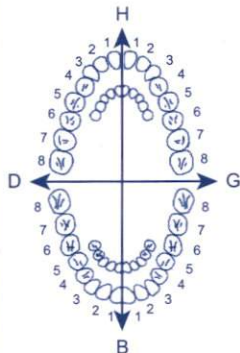
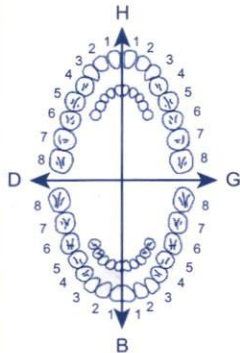
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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 مونتبلية

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

Casablanca, le : 05-06-2023

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 10/2025  
LOT 2N0347

Trimébutin

LOT : 3196  
PER : 09 - 27  
P.P.V : 46 DH 60

Dr. A. 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 الشقة 2 حي القدس سيدي البرنوصي الدار البيضاء - المحمول: 07 62 76 58 06

LOT 211488  
EXP 03/2024  
PPV 52.80DH

LOT 211488  
EXP 03/2024  
PPV 52.80DH

تيوسباسميل®

لفيرين 60 ملغ سميتكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40.40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

رقم الحصة : V0353  
ت. الإنتاج : 09-2022  
ت. الص. : 09-2022  
LOT/حصة :  
FAB/إنتاج :  
EXP/ص. :





PPV: 116DH00  
PER: 12-25  
LOT: L 3976

استسا 16

1/8: 15/10/2015  
15/10/2015



عن طريق الفم  
مستحضر لاجل  
الحل للشرب

الكار

125/13

15/10/2015

زاكوس

# زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : 6 J 3 5 9 4

09366030/4