

## 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 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
- 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-552353

47155

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3102 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAHLID RASIA  
 Date de naissance : 01-01-1946  
 Adresse : 216 LOT. MOYTAWAKIL DAR BOVAZZA CASABLANCA  
 Tél. : 0673 551862 Total des frais engagés : 1185,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. ADIL BEKKALI  
 Médecine Générale  
 Echographie Médecine de  
 Rés Nakhil, Imm 5, Apt 5, Casablanca  
 Sidi Bernoussi - Casablanca  
 GSM: 07 62 75 55 55

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2020  
 Nom et prénom du malade : CHAHLID RASIA  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension artérielle  
 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 : 09/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES <b>Dr. ADIL BEKKALI</b>				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicinal attestant le paiement des Actes
9/11/2020	C1	1	150	INP : 01/11/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL OUMRANE</b> LAHLALTA - DAR KOUCHA Tél: 022 - 98 52 54 GSM: 081 - 86 02 10	9/11/2020	103,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

**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

دل البقالي

ب بسوسة

تام

صوير

كلية مونبلييه

الرياضي

رين

LOT : 200374  
UT AV : 03/2023  
PPV : 120,00DH  
UT AV : 03/2023  
PPV : 120,00DH

UT AV : 03/2023  
PPV : 120,00DH

UT AV : 03/2023  
PPV : 120,00DH

Casablanca, Le 09 11 2022

CHAHID BASIDI

$$120,00 \times 4 = 480,00$$

ICARD

le nat

$$75,20 \times 4 = 300,80$$

ANEP

$$35,70 \times 4 = 142,80$$

Kardegic

$$37,20 \times 3 = 111,60$$

Physiodesc

5 for 5

1035,20

75,20

75,20

75,20

75,20

SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
118001 081189  
P.P.V : 35DH70  
118001 081189

**Dr. ADIL BEKKALI**

Médecine Générale  
Echographie Médecine de  
Résultats, Imm 5, Appt 2, E  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 62 76 53 06

GSM: 091 - 88 62 02 19  
Tél: 022 - 86 62 64  
LAHLALFA - DRA  
DAR BOUADZA

ZENITH  
PPC

ZEN  
PPC

ZENITH Pharma  
PPC: 37,20 DH

Qods Sidi Bernoussi  
القدس سيدي البرنوس

LOT : 20E017  
PER.: 04/2022  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
118001 081189

LOT : 20E017  
PER.: 04/2022  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
118001 081189