

# 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
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069

Société : SARL M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMMADI ZARGUI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0619 866248

Total des frais engagés : 100 114 46,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMMADI ZARGUI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

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
12/08/93 (s)	Dr. BELLOU Specialist en Dermatologie	100 DH		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture au Esthétique
	12.08.2023	1446,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BELHOUARI Abdellah

OMNIPRATICIEN

Diplômé en Diabétologie à Montpellier  
Diplômé en Médecine du Travail  
et d'Ergonomie à Rennes  
Echographie - Circoncision  
Diplômé en Diététique Médicale

51, Bd. de la Grande Ceinture Bloc koudia 108  
Hay Mohammadi - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 62 71 88

الدكتور بلهواري عبد الله

الطب العام

اختصاصي في طب الشغل

دبلوم داء السكري و السمنة

الفحص بالصدى

الختانة

51، شارع الحزام الكبير بلوك الكدية 108

الحي المحمدى البيضاء

الهاتف : 05 22 62 71 88

Casablanca, le : 12/08/2023 الدار البيضاء في :

Hamwadi Fargui

28,00<sup>x6</sup> Gluophage 1P (N<sup>0</sup>6) S.V.

— 0-1-1 / 3 Mont

213,00<sup>x3</sup> Cardio poel 7P (N<sup>0</sup>3) S.V.

1 CP Nid 3/2m

159,90<sup>x4</sup> Tahor. 40 (N<sup>0</sup>4) S.V.

1 CP 1m 3/2m

1446,60

Dr. BELHOUARI Abdellah  
Spécialiste en Médecine du Travail  
Diu Diabéologie  
Diu Nutrition  
Diu Esthétique



CARDIOGREL® 75 mg

Clopidogrel



EXP: 01/2025

EXP: 05/2025

LOT: GH4899

LOT: GR2147

PPV: 159DH90

PPV: 159DH90

213,00

CARDIOGREL® 75 mg

Clopidogrel



6 118001 170791

6 118001 170791

EXP: 05/2025

EXP: 05/2025

LOT: GR2147

LOT: GR2147

213,00

CARDIOGREL® 75 mg

Clopidogrel



6 118001 170791

6 118001 170791

213,00

Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



LOT 230007

EXP 02/2026

PPV 28.00DH

Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



LOT 221257

EXP 09/2025

PPV 28.00DH

LOT 230392

EXP 03/2026

PPV 28.00DH

Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés

