

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-695168

196563

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>10330</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<b>KHALID</b>
Nom & Prénom : <b>BENDAOUD</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>(06) 68-12-58-58</b>		Total des frais engagés : <b>492,80</b> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Docteur A. BENHALLAM</b> <b>Spécialiste des maladies de l'appareil digestif et des hémorroïdes - Echographie</b> <b>15, Bd. Mohamed V Meknès</b> <b>Téléphone : 05 35 51 52 53</b>			
Date de consultation : <b>31/01/24</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BENDAOUD Khalid</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Digestif</b>			
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 : **MEKNÈS**

Signature de l'adhérent(e) : **Ben DAWA**



VOLET ADHÉ

### 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
31/11/24	CS	1	250,00	INP: 131-22-238 Docteur A. BENKIRANE Spécialiste des malades Chirurgien-dentiste et des hormoïdes Echographie 15, Bd. Mohamed V, Meknès Téléphone: 05 35 51 52 53

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
مکناس المركبة المغربية عيادة المرينيسي صيدلي شارع محمد الخامس رقم 15 الرقم: 05.35.52.11.81 فلاي: 05.35.52.11.81 FARMACIE CENTRALE MEKNÈS	31/11/24	242,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

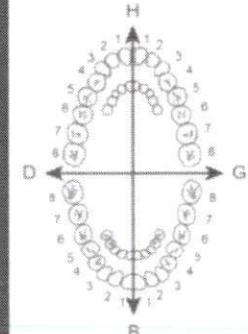
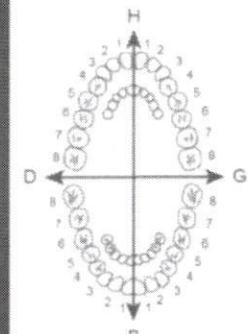
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

LOT: 09923034  
PER: 05/2028  
PPV: 27.00 DH  
*27.00*

LOT: 09923014  
PER: 05/2028  
PPV: 27.00 DH  
*27.00*

LOT: 09923034  
PER: 05/2028  
PPV: 27.00 DH  
*27.00*

ALIVIAR® 50 mg  
sulpiride  
20 Gélules



ALIVIAR® 50 mg  
sulpiride  
20 Gélules



ALIVIAR® 50 mg  
sulpiride  
20 Gélules



# Dr . Abdelahad BENHALLAM

Spécialiste de la santé de l'appareil digestif

( Foie - Estomac - Intestins - Hémorroïdes)

Endoscopie - Echographie

Diplômé de la faculté de médecine de Paris.

Sur rendez-vous



الدكتور عبد الأحد ابن حلام

اختصاصي في صحة الجهاز الهضمي

(الكبد - المعدة - الأمعاء - البواسين)

التلري الباطني - الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

N°---ès, le 31/11/24 مكناس، في

maphar



Boulevard Akhlaq  
Quartier industriel Sidi Benouss Castilleone - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. : 73,50 DH  
6118001181193

LOT : A55917  
EXP. : 02/2026

73,50

Forlax : 1 sachet d'eau à mi APR + 20 g d'eau

Alium (n°3) : 2 sachets mi APR + 1 mi

APR + 1 mi

30,00 Nofel fen 400 : 1 sachet d'eau

en WC + 30 g d'eau

58,30

Megasfon 160 : 1 sachet d'eau

en WC + 20 g d'eau

LOT : 7580  
PER : 09 - 25  
P.P.V : 58 DH 30



Dr. ABDELAHAD BENHALLAM  
Spécialiste de la santé de l'appareil digestif - Echographie  
Centrale J. - MEKNÈS  
Téléphone : 05 35 51 52 53 - Email: abenhallam@yahoo.fr - INPE 131022238

# Megasfon®

Phloroglucinol

160 mg

Call : 05 35 51 52 53 - Email: abenhallam@yahoo.fr - INPE 131022238