

# 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 |

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° W19-472418 *19698  
59282*

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	<i>3698</i>	Société :	<i>DR</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>HASSAN</i>
Nom & Prénom : <i>BENAISSA HASSAN</i>			
Date de naissance : <i>07/11/63</i>			
Adresse : <i>Habifulli</i>			
Tél. : <i>0661255937</i>		Total des frais engagés : <i>1112,70</i>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>DR HALLOULY IKRAM</b>  7, Rue Bendahia Casablanca  Tél : 05 22 27 88 61 / 05 22 47 16 80  INPE : 00010686000045 </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <i>BENAISSA HASSAN</i> Age: <i>50</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Affecte挖道</i>			
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *DR* Le : *01/02/2018*

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-472418

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

ANNEE 2022			
EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	DR HALLOUIN 7, Rue Baudin, 59128 LILLE Tél. 03 22 22 00 00 INPE : 00106868000045
PHARMACIE D'IMPERIAU LILLE 59128 Tél. 03 22 22 00 80 INPE : 00106868000045	08/02/22 09/02/22 20/02/22 08.02.22	345,13 6,00 72,00	DR HALLOUIN 7, Rue Baudin, 59128 LILLE Tél. 03 22 22 00 00 INPE : 00106868000045

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		$  \begin{array}{r rr}  & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & &   \end{array}  $		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde Fistule Fissure  
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie  
Echographie Abdominale - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي ، اللعنة ، المراة ، الأمعاء  
أمراض المخرج وجراحة البواشر  
الكشف بالمنظار والصدى  
التغذية العامة

Casablanca, le

08/02/2021

Mr BENAHMED HASSAN

HEMOFAST

1 Suppositoire ENROBE DE SA POMMADE au coucher pendant 12 jours

89,00

VEIN UP GEL

1 Gélule le matin, 1 Gélule le soir avant le repas pendant 1 mois

53,10

RELAXOL

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 1 semaine

32,50

METROZAL

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 1 semaine

72,00

NATURAL SPRINT

2 Comprimés le matin, 2 Comprimés le midi avant le repas pendant 15 jours

102,90

PROTON 20MG

1 Gélule le matin, 1 Gélule le soir avant le repas pendant 1 semaine

34,50

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

VEIN UP  
LOT : 113122A  
DLUO : 03/2023  
PPC : 89.90 DH  
PHARMA CONNECT

02/02/2023  
P.P.V : 53DH10



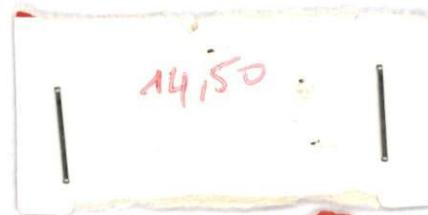
METROZAL®  
Métronidazole 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
P.P.V. : 32.50 DH  
6 118000 190967



9417  
02/2022  
102DH00

📍 : 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca - شارع محمد الخامس، الدار البيضاء - زنقة بن دخل - 7

☎ : ikramhallouly - 📩 : halloulik@gmail.com



DOCTEUR IKRAM HALLOULY  
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي  
إختصاصية أمراض الجهاز المظني والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde Fistule Fissure  
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie  
Echographie Abdominale - Nutrition

التهاب الكبد الفيروسي ، المعدة ، المراة ، الأمعاء  
أمراض الخرج وجراحة البواسر  
الكشف بالمنظار والصدى  
التغدية العامة

08/02/2021  
Casablanca, le .....

NOTE D'HONORAIRES  
DE Mr BENAISSE HASSAN

Echographie abdominale : K30 ..... 400,00 DH  
Anuscopie : K5 ..... 50 00 DH

Avec mes meilleures salutations.

DR IKRAM HALLOULY  
Casablanca - Bécharia - 7  
Tél : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80  
Fax : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80  
Mobile : 06 86 00 00 45

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

7، زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس، الدار البيضاء -  
📍 : 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca - 7

⌚ : ikramhalouly - 📩 : halloulik@gmail.com