

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Declaration de Maladie

N° W19-472418 <sup>19698</sup> <sup>59282</sup>

### 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.

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 2698 Société : 207

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAISSA HASSAN

Date de naissance : 07/11/63

Adresse : Habituelle

Tél : 066125237 Total des frais engagés : 113,70

Cadre réservé au Médecin :

**DR HALLOULY IKRAM**  
7, Rue Bendahane Casablanca  
Tél : 05 22 27 88 61 / 05 22 47 16 80  
INPE : 000106860000045

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENAISSA HASSAN Age : / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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'at médecin 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 : Oujda Le : 06 / 02 / 2019

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 :

### Adresses Mails utiles

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







**DOCTEUR IKRAM HALLOULY**  
**SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE**



**الدكتورة إكرام الحتولي**  
**إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي و الكبد**

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

التهاب الكبد الفيروسي , المعدة , المرارة , الأمعاء  
أمراض المخرج و جراحة البواسير  
الكشف بالنظار و الصدى  
التغذية العامة

Casablanca, le 08/02/2021

Mr BENAKKAS HASSAN

**HEMOFAST**

1 Suppositoire ENROBE DE SA POMMADE au coucher pendant 12 jours

**VEIN UP GEL**

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

**RELAXOL**

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

**METROZAL**

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

**NATURAL SPRINT**

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

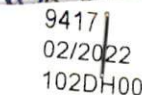
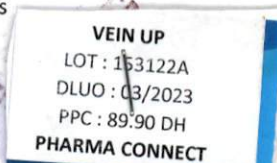
**PROTON 20MG**

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

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

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

📧 : ikramhallouly - 📧 : halloul@gmail.com





Hemofast<sup>®</sup>  
Pommade

1960

14,50

14,50



DOCTEUR IKRAM HALLOULY

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins

Hémorroïde Fistule Fissure

Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie

Echographie Abdominale - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء

أمراض المخرج و جراحة البواسير

الكشف بالمنظار والصدى

التغذية العامة

08/02/2021

Casablanca, le .....

NOTE D' HONORAIRES

DE Mr BENAÏSSA HASSAN

Echographie abdominale : K30..... 400,00 DH

Anuscopie : K5..... 50 00 DH

Avec mes meilleures salutations.

DR. HALLOULY

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

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

📞 : ikramhallouly - ✉ : hallouluk@gmail.com