

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

- 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.

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° W21-714734

121134

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 398 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve
 Nom & Prénom : MRABET MAIKHA
 Date de naissance : 01-01-1965
 Adresse : Cité de la C.U. Bloc 5 n° 210 Hay Hassani - Casablanca
 Tél. : 0661332135 Total des frais engagés : 2250,80 / 1387,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06/06/2022
 Nom et prénom du malade : MRABET MAIKHA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affective
 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 : 13/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019

| RELEVÉ 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 |
| 14 Juin 2022 | | 2 | 300 | |
| | | | co-traité | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 30/05/22 | 438,30 |
| | 14/06/22 | 1111,80 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 30/05/22 | K3 | 400 |
| | | Exposition | |

| 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 : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR IKRAM HALLOULY
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي
إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي و الكبد

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 و الصدى
التغذية العامة

Casablanca, le 14/06/2022

AXIMYCINE®

PPV 64DH10

Mme MRABET MaLIKA

EUZOL 40 MG

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

AXYMICINE 1 G

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi après le

CLARIL 500MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir pendant

D3NORM 200UI

5 Gouttes le midi après le repas pendant 1 mois

Fortrans Sachet

1 sachet par 1 litre d'eau
à boire les 4 litres de Shdu Mat
→ 23h la veille de
se présenter à jeun.

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 471 600

7, Rue Bengahan - Bd Mohamed V - Casablanca الدار البيضاء شارع محمد الخامس

Facebook : ikramhallouly - Email : halloulik@gmail.com

LOT : 7261

UT. AV : 02-25

P.P.V : 216 DH 00

LOT : 5426

UT. AV : 12-24

P.P.V : 216 DH 00

AXIMYCINE®

14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 1N007 5

EXP 12/2023

LOT: 05822001

PER: 01/2023

PPV: 74.30 DH

LOT 2114911

EXP 06 2023

PPV 40.00

46.00

METROZAL®

Miconazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

PPV : 32.50 DH

6 118006 190567

Importateur Exclusif

BIOCODEX MAROC

B.P 126 Nouaceur

www.biocodex.ma

P.P.C.: 245,00 DH

CE N°: 34757/2019/DMP

33785/01

DOCTEUR IKRAM HALLOULY
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي و الكبد

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 و الصدى
التغذية العامة

Casablanca, le 30/05/2022

Mme MRABET MaLIKA

EUZOL MICROGRANULES GASTRORESISTANTS EN GELULE 20 MG BOITE DE 7

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 1 semaine

SEPCEN 500MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 5 jours

METROZAL 500MG

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

ALFLOREX

1 Gélule le matin avant le repas pendant 1 mois

ANTI-SPA COMPRIME PELLICULE 200 MG BOITE DE 30

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 10 jours

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

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

📧 : ikramhallouly - ✉ : halloulik@gmail.com

DOCTEUR IKRAM HALLOULY
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي و الكبد

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 و الصدى
التغذية العامة

Casablanca, le 30/05/22

NOTE D'HONORAIRES

DE M^{me} MRABET Malika

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

Avec mes meilleures salutations.

DR. HALLOULY

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

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

📧 : ikramhallouly - ✉ : hallouluk@gmail.com

DOCTEUR IKRAM HALLOULY
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي
إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي و الكبد

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 و الصدى
التغذية العامة

Casablanca, le 30/05/2022

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE DE MME MRABET MALIKA

- * Les différentes coupes réalisées montrent :
- * Foie hyperechogène augmenté de volume à 15 cm.
- * Vésicule biliaire siège d'un écho-dense de 1,07 cm.
- * La voie biliaire principale est de calibre normal.
- * Les deux reins, le pancréas et la rate sont échographiquement normaux.
- * Distension colique.
- * Pas d'épanchement péritonéal.
- * Pas d'adénopathies profondes.
- * A compléter par Bilan biologique.

DR. HALLOULY
Tel : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80
INPL
Casablanca

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

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

📧 : ikramhallouly - 📧 : halloul@gmail.com