

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

- 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.

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

M22- 0052425

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611 Société : 142954
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEKKALI Ahmed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : #144600# + 650 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/12/2022
Nom et prénom du malade : Chennabi Naïma Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Digestive
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 : Casablanca Le : 19/12/2022
Signature de l'adhérent(e) : NB

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
19/12/22			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

19/12/22 1146,00
19/12/22 65,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

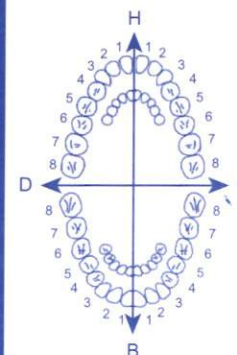
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

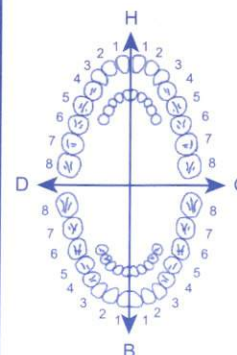
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR IKRAM HALLOULY
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلوي

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins
Hémorroïde fistule fissure
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie
Echographie Abdominale - Nutrition

التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء
أمراض المخرج و الجراحة البواسير
الكشف بالمنظار و الصدى
التغذية العامة

19/12/2022

Casablanca, le

Mme GHERRABI NAIMA

EUZOLE 40 MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 14 JOURS PUIS

UN CP/J PENDANT 15 J

AXYMICINE 1G

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas
pendant 14 jours

ZYRDOL 500MG

1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 10 jours

CLARIL 500MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi après le repas pendant 14 jours

EXIDEP 5 MG

1 Comprimé au coucher après le repas pendant 2 mois

☎: 05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

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

📧: ikramhallouly - ✉: halloul@gmail.com

65,10

Ultra-Léve Gelule

LOT : 2557
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

1 cellule x 2/

pendant 10j

T=65,10

LOT : 5426
UT. AV : 12-24
P.P.V : 122 DH 80

DR HALLILY IKRAM
7, Rue Abdelkrim Casablanca
Tél : 05 22 27 48 14 / 05 22 47 16 80
INPE: 000 000000005

PPV 96DH80

LOT 29005 1
EXP 09/2024

PPV 96DH80

LOT 29005 1
EXP 09/2024

صيدية التقدم
PHARMACIE DU PROGRES
EL GUERMAI Abdelghani
9, Place du 16 Novembre
Casablanca - Tél: 0522 22 05 20
Fax: 0522 20 13 06

ZYRDOL 500 mg 10 pelliculés

PPV 29DH00
EXP 03/2025
LOT 21031

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH
6 118000 191001

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH
6 118000 191001

970 03 2022 03 2025
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

EXP :
Lot N° LOT 22002
PPV PER 01/24
PPV 132DH30
132,30

EXP :
Lot N° LOT 22002
PPV PER 01/24
PPV 132DH30
132,30