

# 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

- 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- 0043824

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09818 Société : 177247  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Départ NEGOEIE  
Nom & Prénom : KHALIL IBRAHIM  
Date de naissance : 01.09.1975  
Adresse : 19 Rue HENRI MOREAU, ETAGE 3, APPT 9, COIN  
Tél. : 0661291280 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUARI Abdellah  
Spécialiste en Médecine du Travail  
Diu Diabétologie  
Diu Nutrition  
Diu Esthétique

Date de consultation : 4 / 7 / 2023  
Nom et prénom du malade : KHALIL IBRAHIM Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : H.T.A. S.G.R.I.P.P.A.C.  
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 : 2 / 10 / 23  
Signature de l'adhérent(e) :

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 la réalisation des Actes
4/2/2023	C1			Dr. BELMOUARI Abdelhak Spécialiste en Médecine du Métabolisme Diu Diabétologie Diu Nutrition Diu Esthétique

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jawhara BELNABIS - S Dr. Pharmacien 22. Rue Linnéenne France Ville II Tél et Fax : 84.00.34 - Casablanca	04/07/23	806,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

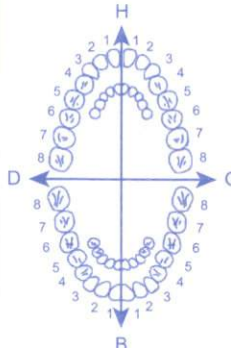
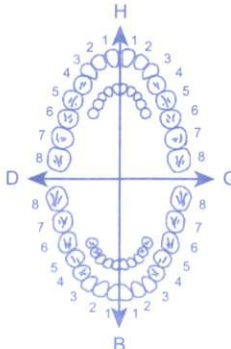
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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															
				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>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. BELHOUARI Abdellah

OMNIPRATICIEN

Diplômé en Diabétologie à Montpellier

Diplômé en Médecine du Travail

et d'Ergonomie à Rennes

Echographie - Circoncision

Diplômé en Diététique Médicale

51, Bd. de la Grande Ceinture Bloc koudia 108

Hay Mohammadi - CASABLANCA

Tél. : 05 22 62 71 88

دكتور بلهوارى عبد الله

الطب العام

اختصاصي في طب الشغل

دبلوم داء السكري و السممة

الفحص بالصدى

الختانة

51، شارع الحزام الكبير بلوك الكدية 108

الحي المحمدي البيضاء

الهاتف : 05 22 62 71 88

Casablanca, le 04/11/2023 : الدار البيضاء في :

Khalil  
IBRAHIM

3x 284,00 Exp 5/100 mg

19/11/2023 3 Nov

6600

At 100 mg 100 mg

19/11/2023

53,10

Pharmacie Jawhara  
Dr. BELHOUARI S.  
Dr. en Pharmacie  
22, Rue Lyautey, Franco Ville  
Tél et Fax : 05 22 62 71 88

15,30

ut C 100

806,40

19/11/2023

Dr. BELHOUARI Abdellah  
Spécialiste en Médecine du Travail  
Diu Diabétologie  
Diu Nutrition  
Diu Esthétique



EXP 02 2026  
LOT B8894U

EXP 02 2026  
LOT B8894U

EXP 08 2025  
LOT B60AJ5

LOT : 23E005  
PER : 02 2026

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



Azimycine 500 mg  
Azithromycine  
3 comprimés pelliculés  
PROCHIPHARM SA

66,00

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 01/2026  
LOT 320466



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH