

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**Biologie 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**

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



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 064178

Maladie  Dentaire  Optique **54579**  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **66 444** Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : **Retraite**  
 Nom & Prénom : **Balahna Belkacem**  
 Date de naissance : **15/04/1957**  
 Adresse : **lot Sahalia 1 Rue 15 NR 8 Hay Hassani Casablanca**  
 Tél. : **0614375885** Total des frais engagés :

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : **ABEN DAHMANE** (Stamp)  
 Date de consultation : **02/12/2021**  
 Nom et prénom du malade : **ANAK Belkacem** Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : **Appt Leg...**  
 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 : ..... Le : .....  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

### 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
12-10	Actes		150	Dr. A BENDAHMANE Otolaryngologie LANCA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALAOUI BOUCHRA 60 Rue Angle 64100 Lot. Sekellia Oulfa CASABLANCA - Tél : 0522 90 71 60	07/11/2020	263,40
PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALAOUI BOUCHRA 60 Rue Angle 64100 Lot. Sekellia Oulfa CASABLANCA - Tél : 0522 90 71 60	07/12/2020	59,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

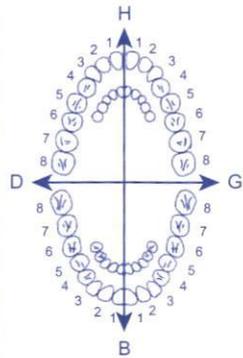
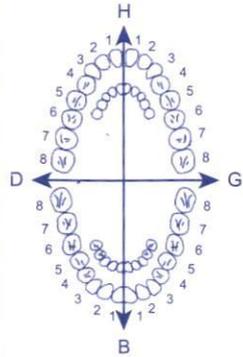
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 prothèse ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

وصفة  
ORDONNANCE



Le 07/12/2020

MARLAK Blue

210,00

1. MEZOR 40



MEZOR® 40mg  
Esomeprazole (DCI)  
28 gélules

6 118000 240331

LOT 200879  
EXP 04/2022  
PPV 215.00DH

48,40  
1 - 0 - 0 - x100  
48,40 2 fois au repas

2. Gaviscon Sup



100% j 6 fois au repas - 1R

263,40

Dr. A. SENDAHMAN  
Hépatogastroentérologue  
CASABLANCA

PHARMACIE AL HAKIM  
Dr. ALA OUBOUCHEVA  
10, Rue Anjou 64100 Lot. Sakelha Oulfa.  
CASABLANCA - Tél : 0522 90 71 80

05 22 86 42 05 : فاكس - 27 - 05 22 86 30 20 : الهاتف  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30

يحرك جيدا قبل الشرب.  
لا تتركوه في متناول الأطفال.  
يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.  
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.  
Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, fêpée et le cercle sont des marques de commerce.  
Utilizer dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

8 29.05  
Naxela sup (AS)

3010 1005 x 3j  
ke - Domidrin gel (AS)

1 gel x 3j

Dr. A BENDAHMANE  
Hépatogastroentérologue  
CASABLANCA

PHARMACIE AL HAKIM  
Dr. ALAOUY BOUCHRA  
100 Rue Angie 64100 Lot. Setenja Oufa,  
CASABLANCA - Tel: 0522 90 71 60

59.15

(AS)

(AS)

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V : 30DH60  
LOT : 206012  
PER: 03 2025  
6 118000 010845



STAMBOUR  
M...  
...