

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° W19-496608

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12553 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Hatime Nehdi
 Date de naissance : 02/10/1986
 Adresse : 181 Bd Taddart
 Tél. : 0660 750771 Total des frais engagés : 758,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHBABI Mohammed Said
 Professeur Pédiatre
 295, Bd. Abdelmoumen n° A4
 Tél: 0522 860 890
 INP N°: 091034702

Date de consultation : 03 DEC. 2019
 Nom et prénom du malade : Hatim Sarg Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : crise d'asthme
 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 : Casa Le : 03 / 12 / 2019
 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
03/12/19	3 + 2 Nébulent		300dh 150 <hr/> 450 DH	INF: 091034702 Dr. Mohammed S. Bessoum M. Bessoum 860 89 247

NP: 091034702

Dr. AHBAB Mohammed Said
Professeur Pédagogue
295, Bd. Abdennoumen n° AA
Tél: 0522-860 890
INP N°: 091034702

[illegible][illegible]

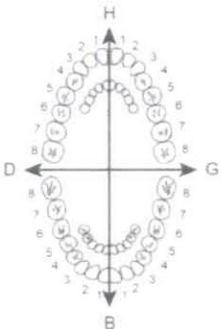
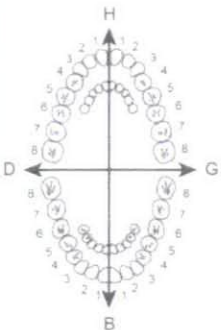
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	03/12/18					230,00

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Creation, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Therapeutique. necessaire a la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR LAHBABI MOHAMED SAID

PÉDIATRE

PROFESSEUR DE PÉDIATRIE À L'
DE MÉDECINE DE CASABLANCA
ASSISTANT ÉTRANGER À L'UI
PARIS V RENÉ DESCAR

الدكتور محمد سعيد الحبابي

إختصاصي في أمراض الأطفال

أستاذ طب الأطفال
بالدار البيضاء
طبيب سابق بجامعة
روني ديكارت

الزيارة بالموعد

Flowair 5 mg
Montelukast sodique
30 Comprimés à croquer



BLANCA LE

03 DEC 2010

الدار البيضاء في

POIDS :



(1) Butavent spray.

3 souffles x 4 l^j = 600

33, 20

(2) Celestène goutte

180 goutte l^j x 500

(3)

OptiChamber

ou équivalent.

OXYDONARI
Siège Social: 20, Rue Al Ghazal, Rés. Wafa
Marrakech - Casablanca
Tél: 0522 86 23 07 - Fax: 0522 86 23 08
GSM: 0663 43 86 31
PAT: 35890244 / RC: 141096
ICE: 000206172000089

Dr. LAHBABI Mohammed Said
Professeur Pédiatre
295, Bd. Abdelmoumen n° A4
Tél: 0522 860 890
INP N°: 091034702

PHARMACIE DU JASMIN

Mme. LAMRANI Rajaa

295, Bd. ABDELMOUMEN N° A4 - CASABLANCA

Tél: 05 22 81 11 67 TEL: 0522 860 890 - GSM: 0661 210 315

E-MAIL: emie5@msn.com

DOCTEUR LAHBABI MOHAMED SAID

PÉDIATRE

PROFESSEUR DE PÉDIATRIE À LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE CASABLANCA

ASSISTANT ÉTRANGER À L' UNIVERSITÉ

PARIS V RENÉ DESCARTES

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد سعيد الحبابي

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

أستاذ طب الأطفال بكلية الطب

بالدار البيضاء

طبيب سابق بجامعة باريس

روني ديكارت

الزيارة بالموعد

CASABLANCA LE 24 DEC 2010 في الدار البيضاء

Hatem Saad

POIDS :

1750
112

Florian 5 ans -

1er et 2e

18h 1h avant repas ou
2h après repas.

Dr. Lhababi Mohammed Said
Professeur Pédiate
295 Bd. Abdelmoumen n° A4
Tél: 0522 860 890
INP N°: 091034702

295, Bd ABDELMOUMEN N° A4 -CASABLANCA

TÉL : 0522 860 890 - GSM : 0661 210 315

E-MAIL : emie5@msn.com



ICE : 001526686000016
FACTURE N°: UF9129733

CASABLANCA Le, 03/12/19

DEPOT CASA PV

Agent commercial : CAMELIA/FARIDA

Mode de règlement : CB9916

ICE CLIENT :
INP CLIENT :
N° CLIENT : CL000002
Clients Comptoirs Arjoun
MME NOURA AGZOULI

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
2435D2	2	POIGNET LIGAFLEX CLASSIC DROIT T2	1,00	270,00	0%	270,00	270,00

Code	Base	Taux	Montant
2	225,00	20%	45,00
Total	225,00		45,00

Total HT 225,00
Total TVA 45,00
Total TTC 270,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :
Deux cent soixante-dix Dirhams

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150
Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc
Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.
Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

RABAT

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MARRAKECH

Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéiz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

TANGER

6, résidence Saghina 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

FÈS

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chibhi (en face de central banque chaabil) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

KÉNITRA

Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

Date de facturation 03/12/2019

Devis N°: SO3327

Nom: HATIM SARA

Médecin : LAHBABI MOHAMED

Code client: 03592

Facture FA19/4946

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
1079828	[1079828] OptiChamber Diamond W/Large Mask	1,000	230,00	20%	191,67 DH
Total HT					191,67 DH
20%					38,33 DH
Total TTC					230,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: deux Cent trente DH zéro Centime

OXYDOM sari
Siège Social: 20, rue Al Ghadfa, Rés Wafa
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 86 23 07 - Fax: 0522 86 20 84
GSM: 0663 438 631
PAT: 35890244 / RC: 144593
ICE: 000206172000089

Siège commercial CASABLANCA :
Résidence du Palais IV. N°1, rue Arago.
Quartier des Hôpitaux. CP 20360
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084
GSM: 0663 438 631
Email : contact@oxydom.ma
ICE: 000206172000089

Siège commercial RABAT :
Im. N° 18 , Appt N°1. Résidence Safsaf
Rue Aguelmane Sidi Ali, Agadal.
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078
GSM : 0663 438 631
Email : contact.rabat@oxydom.ma

Siège commercial FES :
Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan
Av. Al Madina Monauara.
Lot Amal 2, Narjis. CP 30070.
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543
GSM : 0663 438 631
Email : contact.fes@oxydom.ma

Siège social :
20, rue Al Ghadfa. Résidence Wafa
Maârif 20100. Casablanca. Maroc.
RC : 144593 - PAT : 35890244
IF : 1102972 - CNSS : 7093876
SGMB Agence S ABDELMOUMEN
Compte N° 022780000043002934049074

03 DEC. 2019

Es lautet:

Hate in Love:

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Consulta 300

4. 9. 01

Dr. LAHBABI Mohammed Said
Professeur Pédiatre
 295, Bd. Abdelmoumen n° A4
 Tél: 0522 862 890
 INP N°: 091034702

Professeur P. B. A4
295, Bd. Abdelmoumen
Tél: 0522 860 890
INP N°: 094034702