

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W21-663128

105239

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12607</u>	Société : <u>RAT</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SBAY Amine</u>			
Date de naissance : <u>05/01/87</u>			
Adresse : <u>Residence Argue Marine , N4 , DAR BOU AZZAF</u>			
Tél. : <u>06 76 38 35 30</u>		Total des frais engagés : <u>460,70</u> Dhs	

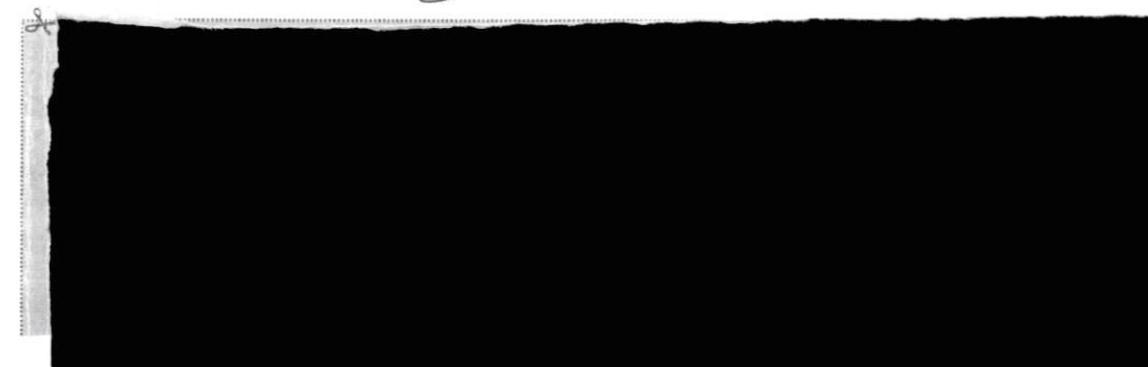
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>20 DEC. 2021</u>
Nom et prénom du malade :	
<u>Shake Radia</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
<u>Bronchite</u>	
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 : 14/10/2022

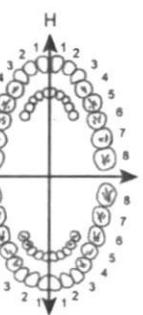
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
20/07/2021	Ca	25 DH		INP : 091184788 Dr. Nezha ELHATTAR ELIBRAHIMI Pédiatre Signature

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LES 4 SAISONS 421 MOULINS 63160 SAINT-GENESE	20/12/2021	210,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre Hospitalier Universitaire de Lille - CHU de Lille Centre de Radiologie de Lille - CR de Lille Dr. J. P. Baudoin - Radiologue 10.07.2017</i>	10.07.2017		

RELEVE 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>								
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Dr. Nezha el HATTAB EL IBRAHIMI

Pédiatre - Allergologue

Spécialiste en Allergologie

Asthme de l'enfant

Nutrition Pédiatrique

Homeopathie



الدكتورة نزهة الخطاب الإبراهيمي

اختصاصية في أمراض الطفل

الحساسية . الربو(الضيق) عند الطفل

التغدية عند الطفل

Casablanca le : 20 DEC 2021

Sbaï Radig

83,50

1 - Rhinolaya forte

PPC: 83,50 DH

Moray x 3

Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL AU
Boulevard des Marins 1000 Casablanca

18,50

2 + hydroketo

PPV: 18DH50

PPV: 18DH50

MEDICAL
EXP: 12/2023
PPV: 18DH50

Dr. NEZHA EL IBRAHIMI
PEDIATRE

7 Avenue Bourgogne - Casablanca
Angle Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud
Tél: 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

18,00
+ 18,00
Cocca Cat 9,1

3g x 4 h

12,50

Brosca 174

SK

+ 12,50
Gulsalette 154

5

زاوية شارع مولاي يوسف ونقطة نادو الطابق 3 الشقة 6 بوركون (قرب رونو) - الدار البيضاء

Angle Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud (à coté de Renault) 3ème ét. - Appt 6 Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

ICE: 000114622000088 / INPE: 091184788

M10
 + Delipedial S.V 1 dose (16) /
 J5,70 17,50 PPV 17DH50
 + Topledil pinc. 1/2 com a 2j.
 1/2 com a 2j. 3j

TOPLEXIL
 SIROP FL 150 ML
 P.P.V : 15DH70
 PER. 08/08/2023
 EXP. 21/09/2023
 S 113000 060901

Si pas Amelioration

Azi mox sing 1

1 dose(16)/jour

Cartec sing S.V

Dr. Nada El Hattab
 Pharmacie Les Terrasses Marines
 Avenue 239 Boug. Sidi Abdellah
 Tél: 05 24 00 53 23

2100

TG 210,70

PPV:20DH00
PER: 06/24

1més

Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARLAU
 Route AZEMOUR Rep. Terrasses Marines
 Casablanca
 Tel: 05 22 23 10 87