

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.

N° W21-686484

Chèque

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NADIR ELKAT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0697955530

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

INPE : 051176048
TELE : 0537 00 98 85
APPL N° 14, 1IMM 242, BD. NY 1000
Hépato-gastro-enterologe
Médecin Spécialiste en
DR-Houicha CHELLA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 JUIL 2022

Nom et prénom du malade : Nadir Elka

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fièvre, Troubles digestifs (Kan en cas de maladie hépatique, maladie de cœur)

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
BOUAFACHANE
26 JUIL 2022
MUPRAS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BANIA 170, AV. IDRISSE TÉMARA Tél: 05 37 60 52 10 102013893	08/07/22	4.21,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. Héctor Chavas AT Médecin Spécialiste en Radiologie hépato-gastro-entérologie Appt. N°14, Imm. 242 Bd. M. Ida B. 21 Témara - Tel : 0573 60 98 35 INPE : 051176048</p>	<p>08 JUIL. 2022</p>	<p>radiographie abdominal</p>	<p>950,00 DH</p>

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

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 canalaire, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000																			
	35533411																			
	11433553																			
	B																			
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
LA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Dr Houria CHELLAT

Médecin Spécialiste en hépato-gastro-entérologie et proctologie

* Échographie abdominale

* Fibroscopie et colonoscopie digestives

Lauréate des facultés de Médecine et de pharmacie

de Casablanca et de Rabat



الدكتورة حرية شلّاط

طبيبة إختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي، أمراض الشرج والبواسير

* الشخص بالصدى

* الكشف بالمنظار (المعدة واطي العليـط)

خريجة كلية الطب والمقدمة بفاس والرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفي الجامعي ابن سينا بالرباط

والمستشفى العسكري الحسن الثاني بفاس

طبيبة سابقة بالمستشفي العسكري محمد الخامس بالرباط

854 10 2021 10 2024

BIOCODEX MAROC

PPV 65.10 DH

U Ibn Sina de rabat

taire de rabat

ULTRA-LEVURE 250 mg.
20 gélules



123,60 x 2

1) Itraicum 60 mg

1cpl/j (30 vi außer at déjeuner)

40,40 x 2

2) Metospasmyl

1gel x 3lj

65,10

3) Ultrameal gel

4) 28,10 gel x 3lj

5) vagalax 1spf

6) 1càc x 3lj

INPE: 051176048 - ICE: 002069628000095 IF: 25027794

Appt N°14, Imm. 242, Bd. My Idriss 1, Lemara - Tél: 05 37 60 98 55

E-mail: chellatgastro@gmail.com

INPE: 051176048
APPL N°14, IMM. 242, BD. MY IDRIS 1, LEMARA, LE 0537 36 38 35
Hépato-gastro-entérologue
Dr. Houria CHELLAT
Spécialiste en HGE et Proctologie

08 JUIL. 2022

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnoou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641150MP/21/NRQ P.P.V.: 123,60 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnoou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641150MP/21/NRQ P.P.V.: 123,60 DH



METEOSPASMYL® 8 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V.: 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



METEOSPASMYL® 8 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V.: 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



Lot:
EXP:
PPV (DH):

28/10

INPE: 051176048
APPL N°14, IMM. 242, BD. MY IDRIS 1, LEMARA, LE 0537 36 38 35
Hépato-gastro-entérologue

Dr. Houria CHELLAT
Spécialiste en HGE et Proctologie

IF: 25027794

Dr Houria CHELLAT

Médecin Spécialiste en hépato-gastro-entérologie et proctologie

* Échographie abdominale

* Fibroscopie et colonoscopie digestives

Lauréate des facultés de Médecine et de pharmacie de Fès et de Rabat

Ancien Médecin interne au CHU Ibn Sina de rabat et au CHU Hassan II de Fès

Ancien Médecin à l'Hôpital militaire de rabat



الدكتورة حرية شلّاط

طبية إختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي، أمراض الشرج والبواسير

* الفحص بالصدى

* الكشف بالمنظار (المعدة واطي العلي)

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس والرباط

طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

والمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس

طبية سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط



051176048

FACTURE

Nº 000427

Je soussignée Docteur Houria CHELLAT

certifie que le patient

a bénéficié des prestations suivantes: consultation

Echographie abdominale

et j'atteste que les honoraires de travail

qui sont de 550,00 DH (cinq cent cinquante Dirhams)

ont été réglés par le patient.

le : 08/07/2022

Signature

Dr. Houria CHELLAT
Médecin Spécialiste en
hépato-gastro-entérologie
Appt N°14, Imm. 242, Bd. My Idriss 1
Témara - Tel. 0537 60 98 35
INPE : 051176048

INPE: 051176048 - ICE: 002069628000095 - IF: 25027794

Appt N°14, Imm. 242, Bd. My Idriss 1, Témara - Tel: 05 37 60 98 35

E-mail: chellatgastro@gmail.com