

## 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-686484

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NADIR ELKOT

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 79 55 55 70 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 JUL 2022

Nom et prénom du malade : NADIR ELKOT Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Epigastralgies, Trouble du transit (Régime alimentaire)

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) : .....

Autorisation CNDF N° : A-A-2.15/2019





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Rhéumatisien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>FARMACIE BANJA</b>  O. Av. Idriss Ter. Masirah  - Kemara -  Tél: 05 37 60 52 10</p> <p><b>202013893</b></p>	08/07/22	421,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><b>INPE</b></p> <p><b>Dr. H. B. CHENILAT</b> Médecin Spécialiste Hépatogastro-entérologie Appt. N° 14, Imm. 242-Bd. Mylène Témara - Tél. : 0537 60 98 35 INPE : 051176048</p>	<p>08 JUL. 2022</p>	<p>échographie abdominal</p>	<p>250,00 DH</p> <p><b>INPE : 051176048</b></p>

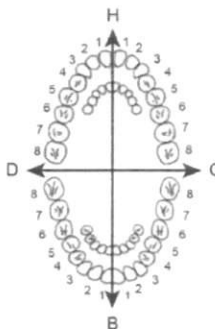
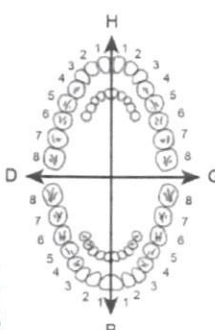
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	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																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553				B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																														
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	B																																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																															

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

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

U Ibn Sina de rabat

U Ibn Sina de rabat

854 10 2021 10 2024  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

ULTRA-LEVURE 250 mg,  
20 gélules



6 118001 310159



## الدكتورة حرية شلاط

طبيبة إختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي، أمراض الشرج والبواسير  
\* الفحص بالصدى

\* الكشف بالمنظار (المعدة والمعوي الغليظ)

خريجة كليتي الطب والصيدلة بفاس والرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

والمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

08 JUL. 2022

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boite 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boite 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

METEOSPASMYL® B 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



6 118001 100293

METEOSPASMYL® B 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



6 118001 100293

Lot:  
EXP:  
PPV (DH):

28,10

INPE: 051176048

ICE: 002069628000095

IF: 25027794

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

E-mail: chellatgastro@gmail.com



# Dr Houria CHELLAT

Médecin Spécialiste en hépato-gastro-entérologie et proctologie

\* Echographie 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 شلاط

طبيبة إختصاصية في أمراض الكبد والجهاز

الهضمي، أمراض الشرج والبواسير

\* الفحص بالصدى

\* الكشف بالمنظار (المعدة والمعي الغليظ)

خريجة كليتي الطب والصيدلة بفاس والرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

والمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط



051176048

FACTURE

N° 000427

Je soussignée Docteur Houria CHELLAT

certifie que le patient

a bénéficié des prestations suivantes:

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 - Tél: 0537 60 98 35  
INPE: 051176048

INPE: 051176048 - ICE: 002069628000095 - IF: 25027794

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

E-mail: chellatgastro@gmail.com