

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.

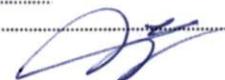
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2226	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : EL HAMZI MY Ahmed			
Date de naissance : 31-08-56			
Adresse : 81 Me 50 haïj Mandarona			
Tél. 0665495754			
Total des frais engagés : 959,90 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :  EL HAMZI MY Cherif Sbai Imm C. Twin Résidence Bouabdelmoumen - Casablanca tel: 05 22 71 85 - 0520 18 64 74	
Date de consultation : 18 SEP. 2022	
Nom et prénom du malade : EL HAMZI Ahmed	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Céphalées	
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 : 30/08/22

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
30/08/2022	02	1	300,00	INP : 11111111 INPE : 091125930
				<i>DR S. BEN ACHAIR - SANAA 271, Bd Ibnou Youchfa - Casablanca Tél: 052 6183 65</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU CAHOUR Dr. S. BEN ACHAIR SANAA 271, Bd Ibnou Youchfa Casablanca Tél: 052 6183 65</i>	30/08/22	659,30

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 : 11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Moulay Chérif SBAI

NEUROCHIRURGIEN

Diplôme de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

Ancien attaché au CHU de Strasbourg
Exploration Neurophysiologique

ICE : 0016499618000095

N° d'inscription au tableau de l'ONM : 2937.

INP : 091125930

Casablanca le :



الدكتور مولاي الشريف سباعي

أخصائي في أمراض و جراحة الجهاز العصبي

و العمود الفقري

خريج كلية الطب بستراتاسبورغ بفرنسا

جراح سابق بالمستشفى الجامعي لستراتاسبورغ

الفحص الكهربائي للجهاز العصبي

اللечение الكهربائي للجهاز العصبي

126 80 x3

30/8/2008

Nom :

El HAMOUD Ahmed

2x + 4

des mois

54,69

Zoloft 100 mg po x 30

2x + 6

PHARMACIE DU CARREFOUR
Dr. S.BENAICH SANAA
271, Bd Ibnou Yachfine, Casablanca
Tél: 05 22 6183 65

136,17

Stilnox 100 mg po x 20

au sevrage boîte

Alyse 25 mg

28 80 x3

Vitameyl forte



Dr. M. Chérif SBAI
271, Imm C, Twin Résidence
Bd. Abdelloumen, Casablanca
Tél: 05 22 21 71 83 / 05 22 18 74

2x + 3

65 990

في حالة الإستعجال، الاتصال بالصحة 1441

245، شارع عبد المؤمن، إقامة توين العمارة C، الطابق 1، رقم 4 - الدار البيضاء

245, Bd. Abdelloumen, Twin Résidence, Immeuble C, 1er/étage N° 4 Casablanca - Patente 36329230

E-mail : cherifsbai@hotmail.com - GSM : 06 69 13 29 00 - البريد الإلكتروني : Tél.: 05 22 27 71 85 / 05 20 18 64 74

UT . AV : 01 . 2026

P.P.V

126 80

LOT N° : FM 67 60

126,80

P.P.V

126

80

UT . AV : 01 . 2027

P.P.V

126 80

LOT N° : FY 04 01

UT . AV : 01 . 2027

P.P.V

126 80

LOT N° : FY 04 01

LOT : STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820

PER : 01.01.2026



Lot.: 216820

Exp.: 08.2024

PPV: 136DH50

PPV
LOT
PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80