

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

lucation :

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.

taire :

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.

adie 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

IPRAS 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-802155

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13311 Société : RAT

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre :**

Nom & Prénom : Rachid Chaima

Date de naissance : 18/07/1986

Adresse : 161997

Tél. : 0663078365 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/07/2023

Nom et prénom du malade : Rachid Chaima Age : 36

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 18/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/05/23 | 1500 | | INP: 0111111111 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| achet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|----------|-----------------------|
| | 18/05/23 | 21880 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

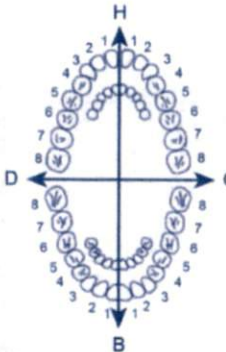
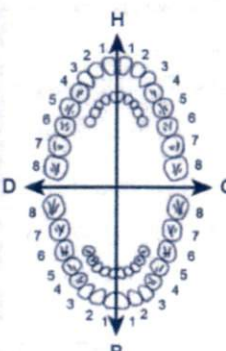
| achet et signature du radio et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---------------------|-------------------------|--------------------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|--|
|  | | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. NIBANI KHAYAT Fatima

Omnipraticienne

Lauréate de la Faculté de Médecine
de Casablanca

Diplômée en Echographie Générale
et Obstétricale de Faculté René

Descartes Paris

Suivi de Grossesse - ECG

Diplômée en Diabétologie de

la Faculté de Médecine Montpellier

DU de Nutrition et Diététique Médicale

Faculté de FES



الدكتورة نباني خياط فاطمة
الطب العام

خريجة كلية الطب الدار البيضاء

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

بجامعة روني ديكرت بباريس

مراقبة الحمل - تخطيط القلب

حائزة على دبلوم أمراض السكري

بكلية الطب مونبيلي

دبلوم الحمية الطبية و التغذية

كلية الطب بفاس

الدار البيضاء في: 18/05/2023
Casablanca, le

Mr. RACHID CHAMTA

16820 - Augmentation
de poids
HR 80

3260 - Meux
à 5

1840 - Douleur
à 20h
21840

PPV: 168,20 DH
LOT: 651327
PER: 01/25

PPV (DH):
LOT N°:
UT. AV.:

18,00
PPV 18 DH 00
PER 01/26
LOT M440
S2

PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr. BOUST NEZAKIA
Bloc 18, Dar Lamane - Casa

Dr. Fatima NIBANI
MEDICINE GE
ECHOGRA
Lot. G 237 - App. 2 Dar
Tél: 05 22 60 66 97

2 مجموعة 237، ج شقة 2، دار الأمان - الحي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 60 66 97

Lot. G 237 - App. 2 Dar Lamane - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 60 66 97