

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 073854

145769

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4216 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JEMEL BOUCHAIB

Date de naissance : 1940

Adresse :

Tél. : 0626254773 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phthisiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tél. (021) 522 03 66 24

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Deux diagnostics : Refluxes

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 : DERBOA

Le : 18/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/11/23 | L3 | ① | 300MM | Pr. Abdelaziz BAKRAT Pneumo-Phthisiologue Allergologue 16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual Anoual Capitale Center 1er Etage N°5 Casablanca, Tél: 05 22 51 47 07 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Dr. Saad BENMELLOUJ Imm. 94, Lot 4, N°4-DESSOUA Tél: 05 22 51 47 07 | 02-01-23 | 1037,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Pr. Abdelaziz BAKRAT Pneumo-Phthisiologue Allergologue 16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual Anoual Capitale Center 1er Etage N°5 Casablanca, Tél: 05 22 51 47 07 | 02/10/23 | Rgt Lx | 200MM |

AUXILIAIRES MEDICAUX

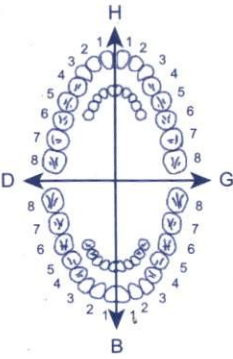
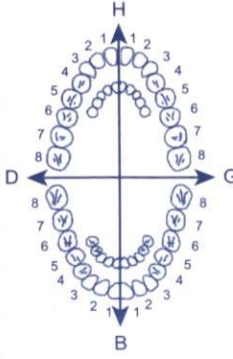
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

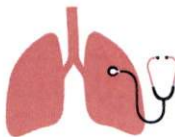
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص

المعمف بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

02.01.2023

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

Mr JEMEL BOUCHAIB

1 - AZITHROMYCINE(AZ 500 MG)

1 par jour, pendant 3 jours.

2 - TOUDEX SIROP

1 le matin, à midi et le soir.

3 - MOTILIUM 1 mg/ml susp buv : FI/200ml

1 le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 3 mois.

4 - REFLUXAID STICK

1 le soir, pendant 2 mois.

5 - OEDES 20 MG

1 par jour, avant le repas, pendant 3 mois.

LOT N° : UT.AV. :

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 20227004
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV: 60,00 DH
6 118000 110097

LOT 104788/FC14
PER 04/2025
PPC 67,90

Sans alcool

LOT N° : UT.AV. :

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

oucher.

LOT: 20227004
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 21E017
PER: 11 2024
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 21E017
PER: 11 2024
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

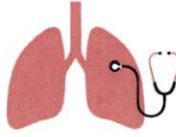
LOT: 21E015
PER: 10 2024
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 21E015
PER: 10 2024
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

LOT: 22E001
PER: 02 2025
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
6 118000 011040

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

2 Janvier 2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Monsieur JEMEL BOUCHAIB

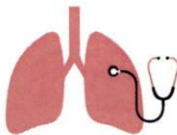
concernant l'examen radio thorax face

la somme de 200 dhs

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phisiologue Allergologue
16. Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Centre 1^{er} Etage N° 5
Casablanca - Tél: (212) 622 99 66 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعقم بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

2 Janvier 2023

Casablanca, le _____ في الدار البيضاء، في

Radio du thorax face

Nom : JEMEL

Prénom : BOUCHAIB

Qualité du cliché : bonne

Interprétation : surélévation de la coupole gauche

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phthisiologue, Micrologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca Tél: (212) 522 99 66 24