

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 081544

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : Rom

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAJJATI Abdelaziz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 32 52 55 Total des frais engagés : 367,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHENBOUNI Charifa
Généraliste
Bv. Aboubakar El Kadiri, Res Ahfad
Imm D 1er Etg. Sidi Maarouf
Ain Chock - Casablanca
Tél: 06 48 84 16 43 / 05 22 58 38 96

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2023

Nom et prénom du malade : BAJJATI Abdelaziz Age : 54 ans

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 12/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
21/09/23	cd cd		300,00	Dr. CHEMBOUM Chafiq Boulevard El Kadija R D-ter Eto. Sidi Ma An Chock - Casablanca Tél: 06 48 64 16 43 / 05 22 56 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL KOUHEAF Secteur 11 Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 06 48 64 16 43 / 05 22 56 32	21/09/23	62,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

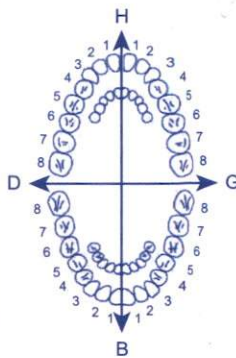
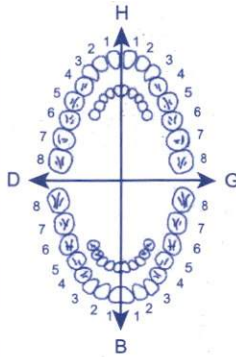
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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

Dr. CHEHBOUNI Chafia
Cardiologue

- Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech et de BORDEAUX Segalen France
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd-Casablanca et Mohamed VI de Marrakech
- Ancien médecin interne à l'hôpital militaire Ibn Sina de Marrakech
- Praticien attachée à l'hôpital Universitaire International Mohamed VI Bouskoura



الدكتورة شافية الشهبوني
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

- خريجة كلية الطب بمراكش و بوردو، فرنسا
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفيات الجامعية بالدار البيضاء و مراكش
- طبيبة بالمستشفى الجامعي الدولي محمد السادس بوسكورة

Casablanca le :

21/09/2023

BAJJAJI ABDELAZIZ

1. cosyrel 5/10 - Comprimé

1/2 Comprimé, matin, après les repas

2. Askardil 75mg - comprimé dispersible

1 Comprimé, midi, après les repas,

3. Ransimva 20mg - comprimé pelliculé

1/2 Comprimé, soir, après les repas,

RPS

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 1

PHARMACIE AMINE SARL
Keila EL KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65
Sidi Maarouf, Casablanca
Tel : 0522 57 25 86

Dr. Chafia CHEHBOUNI
Cardiologue
Bd. Aboul Kader el Kadiri, Résidence AHFAD imm D -
1^{er} étage - N°1 - Sidi Maarouf - Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 58 38 86 Urgence: 0648 86 157



091241299

📍 Boulevard ABOUBAKER EL KADIRI Résidence AHFAD imm D - 1^{er} étage - N°1 - Sidi Maarouf - Ain Chock - Casablanca

📍 شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد - عمارة د - الطابق الأول - رقم 1 - سيدي معروف - عين الشق - الدار البيضاء

☎ : 05 22 58 38 86

📞 : 06 48 84 16 43

✉ : contact.drchehbouni@gmail.com