

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 081544

182795

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAJJAJI Abdellaziz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 32 52 55 Total des frais engagés : 367,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHEIBOUNI Chafiq

Cardiologue
Bv. Aboubeker El Kadi, Rue Ahfad
Immeuble El Kasiri, 6ème Etage, 3ème Maârouf
Ain Chock - Casablanca
Tél. 05 22 58 38 96

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/2019

Nom et prénom du malade : BAJJAJI Abdellaziz Age : 54 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

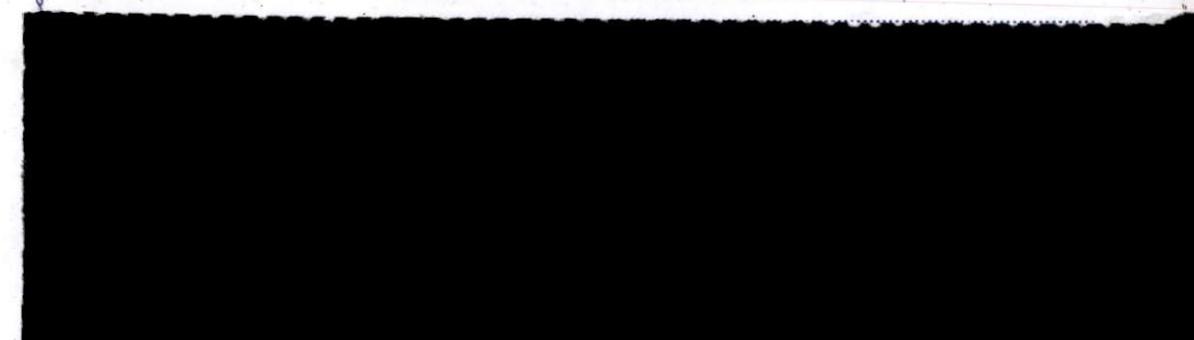
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12/11/2019

Le : 12/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires Dr	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/03/23	cd cc		Br. Aboubaker El Kadi Dr. 300,000 MM 761.00 AL-Ain Chock - Casablanca 16/04/23	CHERBOUH CHAFIA GARAJOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 JARMI CHAMINE SIDI ella EL KOUHEA semant Amin N° 65 El Trou - Casablanca 29/25 88	21/03/13	67.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				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'EXECUTION



- 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

خريجة كلية الطب بمراكش و بوردو. فرنسا

طبيبة داخلية سارقة بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش

طبيبة داخلية سارقة بالمستشفيات الجامعية بالدار البيضاء و مراكش

طبيبة بالمستشفى الجامعي الدولي محمد السادس بوسكورة

Casablanca le :

21/09/2023

BAJAJI 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

PHARMACIE AMINE SARL
Leïla EL KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65
Sidi Maarouf Casablanca
Tél. : 0522 87 25 86

Dr. Chafia CHEHBOUNI
Cardiologue
Bld. Ahmed Abdellatif, Résidence AHFAD, Imm.
Tizi 0522 88 38 86 Unité : 0646 64 175



091241299