

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

- Reclamation : 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bajjaji Abdelaaziz

AB8183

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.13.2.52.55 Total des frais engagés : 801,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/2023

Nom et prénom du malade : Bajjaji Abdelaaziz Age : 46

Lien de parenté :

Seul-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : DR Chebbi Ben Aachane

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 : DR Chebbi Ben Aachane

Le : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



B ACCUEIL

I BOUAACHANE

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
04/12/23	CS + ECA	(1)	300.00 AFH	<i>CHERBOUNI S.A.R.L.</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU HUET L'ile EL AMINE Casablanca Sous Licence N° 0522 97 25 85</i>	07.12.23	501,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Diplômé 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

International: Mohamed VI Bouskoura

خريجة كلية الطب بمراش و بوردو، فرنسا

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى المركزي ابن سينا بمراش

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفيات الجامعية بالدار البيضاء و مراكش

طبيبة بالمستشفى الجامعي الدولي محمد السادس بوسكورة

Barcode: 6 118001 130276

COSYREL 5mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH

Barcode: 118001 130276
COSYREL 5mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

Casablanca le :

07/12/2023

BAJJAJI ABDELAZIZ

- cosyrel 5/10 - Comprimé**
1/2 Comprimé, matin, après les repas
- orovasc 5**
1 Comprimé, soir, après les repas
- Askardil 75mg - comprimé dispersible**
1 Comprimé, midi, après les repas,
- Ransimva 20mg - comprimé pelliculé**
1/2 Comprimé, soir, après les repas

RPS

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40

EXP 05/2025

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40

EXP 05/2025

LOT 31004 6

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

شارع أبو بكر القاديри، إقامة أحفاد - عمارة د - الطابق الأول - رقم 1 - سيدى معروف - عين الشق - الدار البيضاء

☎ : 05 22 58 38 86

☎ : 06 48 84 16 43

✉ : contact.drchehbouni@gmail.com

PHARMACIE AMINE SARL
Leila EL KHUHENE
Lottoissement Amine, N° 65
Sidi Maârouf - Casablanca
Tel. : 0322 97 25 85

Barcode: 091241299