

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-641257

117724



Maladie

Dentaire

Optique

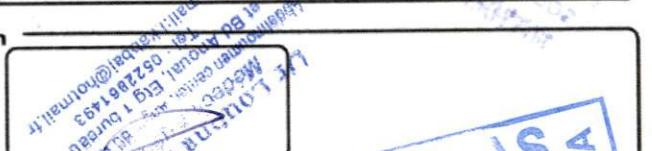
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	5036
Société :	RAM.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Autre : BAIJI Abdellatif	
Nom & Prénom : BAIJI Abdellatif	
Date de naissance : 21/09/1964	
Adresse : 114 EL FATH 3 Rue 25 N° 8 CASAB	
Tél. : 066141327	Total des frais engagés : 206,00 Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 JUIN 2019

Nom et prénom du malade : AAIJI Abdellatif Age : 55

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Doul

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 : 06 JUIN 2019

Signature de l'adhérent(e) : Abdellatif BAIJI

Le : 24 JUIN 2019

## 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
24/11/2022			6	INP : 11111111111111111111 INPE : 09111111111111111111

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CELESTE CHAM CHAMBERS</i>	<i>10/31/2022</i>	<i>206,00</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
		<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>G</b> <b>B</b>			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
  - Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
  - Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
  - Echographie générale
  - Electrocardiogramme

الدار البيضاء في ..... Casablanca, le : ..... 24/03/2022

الدكتورة لبنى قباج  
الطب العام

أطفال - رجال - نساء

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غل夫 المتعددة
  - التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا
  - دبلوم جامعي في مرض السكري
  - كلية الطب مونتريال
  - دبلوم بين جامعي في مرض إرتفاع ضغط الدم
  - كلية الطب ستراسبورغ
  - الفحص بالصدري
  - التخطيط الكهربائي للقلب

$$58,00 \times 3$$

- **Sargenor 1 g - comprimé effervéscent**  
1 Comprimé, matin, pendant , 2 mois
  - **Eucarbon - comprimé**  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 6 jour
  - **Doligrippe - sachet**  
1 sachet 3 fois par jour pendant 5 jour
  - **toudex - sirop**  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 6 jour

$$T = 206,00$$



05 22 86 14 93

[l.kabbai@hotmail.fr](mailto:l.kabbai@hotmail.fr)

**Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anouar  
1er étage, bureau 109 - Casablanca**

Patente 34700377 - ICE : 001619698000022

05 22 86 14 93

[l.kabbaj@hotmail.fr](mailto:l.kabbaj@hotmail.fr)

جمع عبد المؤمن، زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال الطابق الأول  
رقم 109 الدار البيضاء