

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

M22- 0008441

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAJAJI Abdelaziz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 132 5255 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHEBBOUNI Chafia
Cardiologue
Bv. Abou Bakr El Kadiri, Ras Aslad
Imin D. 10 Etg, Sidi Maarouf
Ain Chock - Casablanca
Tel: 06 48 94 16 43 / 05 22 58 39 86

Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : Bajaji Abdelaziz Age :

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

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Cam Le : 29/3/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
22/03/2023	cf. ECG		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE AMINE SARL Sidi Maarouf - Casablanca Tel : 0522 87 20 00	22/03/23	435,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILAIRES MEDICAUX

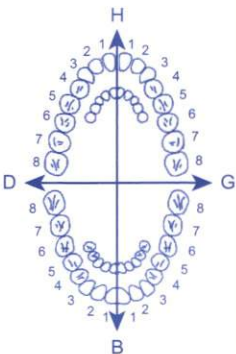
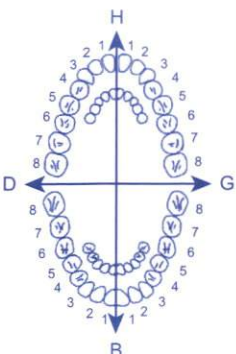
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 COEFFICIENT 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				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



الدكتورة شافية الشهبوني

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

- 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 سابقة بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش
- طبيبة داء "السلس" بوسكورة

Casablanca le :

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIONNEMENT SUR ORDONNANCE
Liste I - médicaments essentiels



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
COSTREL 5mg/10mg-O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98 10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011081

BAJAJI ABDELAZIZ



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 3

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 12/2024
LOT 26014 5

10 - Comprimé
mé, matin, après les repas



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 3

soir, après les repas



mg - comprimé dispe
m, midi, après les repas,

43,00

43,00

43,00

Comprimé pellic
les repas,



LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60



091241299

Boulevard ABOUBAKE

1^{er} étage - N°1 - Sidi Maarouf - Ain Chock - Casablanca

عين الشق - الدار البيضاء

شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد - عمارة د - الطابق

:05 22 58 38 86

:06 48 84 16 43

:contact.drchehbouni@gmail.com