

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 1058448

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : CHELLI HOUSSEINE
 Date de naissance : 01.01.1961
 Adresse : 125 CHARAB ZONE D'IMM 9 Apt 11
 AIN SEBAA CASA
 Tél : 0661302886 Total des frais engagés : 953,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/04/2023
 Nom et prénom du malade : BOUGADJAI HAFIDA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Rhumatologique
 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 : CASA Le : 10/04/2023
 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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-058448

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4953
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés : 953,6
 Date de dépôt :

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
10/04/23	S	5	2000H	
24/04/23	cmh			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/04/23	229.60
	24/04/23	224.00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/04/23	Echographie des gencives	3000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

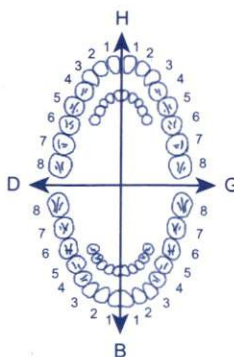
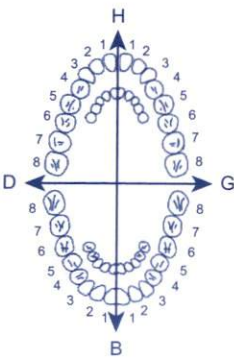
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		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

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
Colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل،
والروماتيزم، العمود الفقري،
الهشاشة والنقرس،
الفحص باليدي

24 avril 2023

R.J.

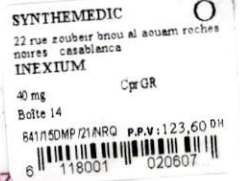
Mme BOUGAJDI Hafida

BREXIN 20MG EFFERVESCENT

1Cp / jour pendant 15 jours après repas

INEXIUM 40 MG

1 gelule / j pendant 15 jours (le matin à jeun 1/4 heure avant le repas)



PHARMACIE ATHINA
N 7 Lot Chabab Groupe C2
Ain Sebaa CASABLANCA
INPE : 092067115
Tél : 05 22 73 74 73

Zeneca

Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
Bd Med Zafzaf Anassi
Tél : 05 22 01 07 07

Tél : 05 22 01 07 07 -Gsm : 06 10 55 57 57 - E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي: 8 السلام، شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1 ش 17 الطابق 3، (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مومن - الدار البيضاء

Complexe Médicale Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rsd RYM 1, N° 8, Etg 3, N° 17, Anassi - Casablanca

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
Colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل،
والروماتيزم، العمود الفقري،
الهشاشة والنقرس،
الفحص بالصدى

10 avril 2023

Mme BOUGAJDI Hafida

PROFENID LP 200

1 cp / J pendant 15 jours

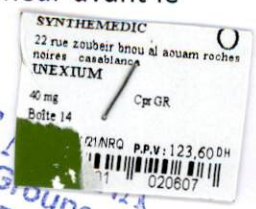
INEXIUM 40 MG

1 gelule / j pendant 15 jours (le matin à jeun 1/4 heure avant le
repas)

TRACET CP

1 cp/jour le soir pdt 15 jours

76,00 /



30,00 /

Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd Med Zafzaf Anassi
Tél : 05 22 01 07 07

Tél : 05 22 01 07 07 -Gsm : 06 10 55 57 57 - E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي: 8 السلام، شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1 ش 17 الطابق 3، (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مؤمن - الدار البيضاء

Complexe Médicale Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rsd RYM 1, N° 8, Etg 3 , N° 17, Anassi - Casablanca

Cabinet de rhumatologie Dr Jihane SEKKAT

Casablanca, Le 10/04/2023

Echographie des épaules

Nom : Mme BOUGAJDI Hafida

Motif de consultation : Scapulalgies mécaniques gauches

- Le tendon de la longue portion du biceps est normal, en place, sans épanchement peri-tendineux
- Le tendon supraepinatus est hétérogène avec perte de l'aspect fibrillaire et augmentation de son épaisseur à 8mm en axiale et longitudinale.
- Le tendon subscapularis est homogène et fibrillaire
- L'infraepinatus est de structure homogène et fibrillaire.
- Pas de bursite sous acromio-deltoidienne
- Pas d'épanchement articulaire.
- Articulation acromio-claviculaire est normale.

Au total : Tendinopathie du supraepinatus gauche

Note d'honoraire de l'échographie : 300 DH

(Trois cent dirhams)

Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd Med Zefzaf Anassi
TEL : 05 22 01 07 07

Opération Essalam1, Bd Med Zefzaf, resd Rym1, appt 17, ETG 3, Sidi Moumen, Casablanca.

Tel: 05-22-01-07-07. E-mail: jihane.sekkat@gmail.com

DR SEKKAT JIHANE
ECLIPSE 04.10.2023 09:50:22 PM

BOUGAJDI

Admin IM 0.6
LB-17H ITM 0.1

DRSEKKAT1

ZD
P 100%
Freq 15.0
Gn 29
DR 78
BR 78
D 3.5
RZ 0.96

SUPRAEP G LONG |

B + D
D 0.80 cm

Set