

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M22- 0055575

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : Ram
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAJJAJI Abdelaziz
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661325255 Total des frais engagés : 887,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHEHBOUNI Chafia
Cardiologue
Bv. Abou Bakr El Kadiri, Rés. Amal
Km 9 1er Etg. Sidi Maarouf
Ain Chock - Casablanca
Tél: 06 48 84 16 43 / 05 22 58 38 86

Date de consultation : 10 / 06 / 2023
Nom et prénom du malade : Bajjaji Abdelaziz Age : 54 ans
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 : Casablanca Le : 16 Aout 2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
19/06/2023	106		300,000	Dr. CHEBBOUNI Chahid Cardiologue Bp. Aboubaker El Kadiri, Res Akfad Imm D 1er Eto, Sidi Maarouf Ain Chock - Casablanca Tél: 05 48 84 16 43 / 05 22 68 30 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMINE SARL Leila EL KOUHENE Lotissement Amine, N° 65 Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 0522 97 25 85 INPE: 092009802	19/6/2023	587,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
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

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 سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفيات الجامعية بالدار البيضاء و مراكش
- طبيبة بالمستشفى الجامعي الدولي محمد السادس بوسكورة

Casablanca le :



BAJAJI ABDELAZIZ

22/03/2023

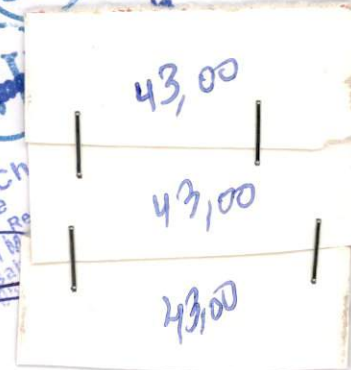
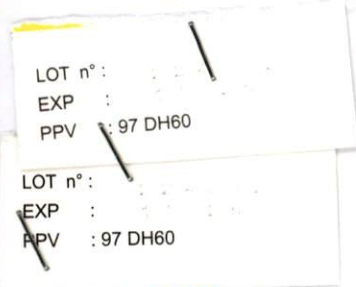


- cosyrel 5/10 - Comprimé
1/2 Comprimé, matin, après le

- orovasc 5
1 Comprimé, soir, après les re

- Askardil 75mg - comprimé dispe
1 Comprimé, midi, après les repas,

- Ransimva 20mg - comprimé pelliculé
1/2 Comprimé, soir, après les repas.



PHARMACIE AMINE SARL
Leila EL KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65
Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 06 48 84 16 43



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

📍 شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد - عمارة د - الطابق الأول - رقم 1 - سيدي معروف - عين الشق - الدار البيضاء

☎ : 05 22 58 38 86

📞 : 06 48 84 16 43

✉ : contact.drchehbouni@gmail.com