

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 055557

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1540 Société : AS 7857

☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERBAT ELHOUSSEINE

Date de naissance : 01.01.1989

Adresse : 1 Rue AZEMA OASIS Casablanca.

Tél. 0661664534 Total des frais engagés : 9465, DH Dhs 0522250273

### Cadre réservé au Médecin

Docteur SLIMANI Salah-Eddine  
Cardiologue  
Place de la Victoire, N° 8 App. 26  
5ème Etage, Av. de Khouribga  
Casablanca - Tél. : 05 22 44 43 23

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 AVR. 2023

Nom et prénom du malade : CHERBAT ELHOUSSEINE Age :

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

Nature de la maladie : Affection Cardiaque

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 AVR. 2023		C2 + ECG =	250,00 DH	Cardio

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL PRADA 61, Bd Abderrahmane Oasis - CASABLANCA Tél: 99.99.49 / 99.05.18	10/04/2023	696,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

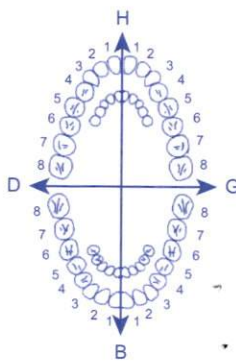
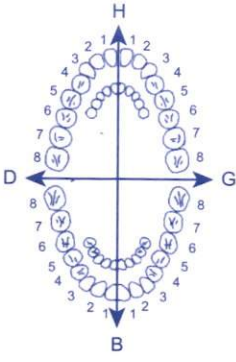
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				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>		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																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

# Docteur Salah-Eddine SLIMANI

## Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Reims

Echodoppler

C.E.S. de Biologie - Médecine du Sport

D.E.A. d'Oxylogie Médecine d'urgence

Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Reims et de Charleville



## الدكتور صلاح الدين سليمانج

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب برامس

الفحص بالأمواج فوق الصوتية

إختصاصي في طب الرياضة وطب المستعجلات

ملحق سابق بمستشفيات رامس وشارلويل

NOUVEAU NUMÉRO  
DE TÉLÉPHONE

06 20 14 65 40

Casablanca, le 10 AVR. 2023 في الدار البيضاء

M: CHENNA et Houssem

$$53.90 \times 3 = 161.70$$

① Bilan car 2  $89.70 \times 2 = 179.40$

② Cardem  $56.80 \times 5 = 284.00$

③ Ar de ch  $23.80 \times 3 = 71.40$

④ Mar 2  $160$

Traitements pour trois mois

696.50  
PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abdelrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 29.04.40 / 99.05.18

Docteur SLIMANI Salah-Eddine  
Cardiologue  
Place de la Victoire, N° 8 Appt 26  
5<sup>ème</sup> Etage, Av de Khouribga  
Casablanca - T.J. : 05 22 44 43 23

TSVP

ساحة النصر الرقم 8 محج خريكة - الشقة 26 الطابق 5 الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.44.43.23 - هاتف المنزل : 05.22.23.42.03  
Place de la Victoire N°8 - Avenue de Khouribga - Casablanca - Appt. 26, 5<sup>ème</sup> Etage - Tél.: 05 22 44 43 23 - D.: 05 22 23 42 03

GSM : 06.61.32.87.22 - Email : slimsalaheddine@gmail.com - I.C.E : 001807016000016

PPV 23DH80  
EXP 12/2024  
LOT 23009 4

PPV 23DH80  
EXP 12/2024  
LOT 23009 4

PPV 23DH80  
EXP 12/2024  
LOT 23009 4

ALDACTONE 50<sup>®</sup>mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50<sup>®</sup>mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50<sup>®</sup>mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50<sup>®</sup>mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50<sup>®</sup>mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

83,90

PER 08/25

PER 08/25

PER 08/25

PER 08/25

89,80

89,80

83,90

83,90