

# 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.

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-613278

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2529 Société : Retraite - RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL JOURBAOUI MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : QUARTIER RAHMANI RUE N° 53

5121 MOUMEN CASABLANCA

Tél. : 0653356937 Total des frais engagés : 892

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 17.FEV.2021

Nom et prénom du malade : EL JOURBAOUI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 17.02.2021

Signature de l'adhérent(e) :

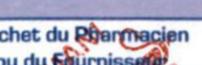
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

INP : 0911.30.526

Docteur SLIMANI Salah-Eddine  
Cardiologue  
Victoire, N° 8 Appt 76  
Khouribga

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/2021	642.40

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

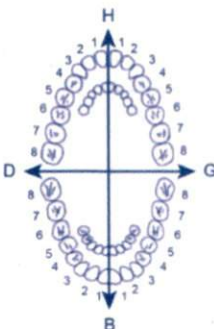
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

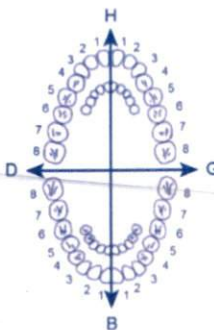
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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	INP : <input type="text"/>		
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

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.**

**INP :**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salah-Eddine SLIMANI

Cardiologue

Diplôme 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



المختور صلاح الدين سليماني

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

أخصي كنية الطب برامس

الفحص بالأمواج فوق الصوتية

إختصاصي في طب الرياضة وطب المستعجلات

ملحق سابق بمستشفيات رامس وشارلويل

I.C.E : 001807016000010

Casablanca, le 17 FEB. 2021 في الدار البيضاء

M: EL JOUR SAMI 7/11/2021

37,10 x 6

ATENA

(S.V)

49,40 x 6

Ant

(S.V)

Pharmacie P. SLIMANI  
RUE EL FILHAM  
S. 20175  
Téléphone : 05 22 44 43 23

99,100

Ac

(S.V)

25,100

Dr

(S.V)

642,40

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

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

ATEN<sup>®</sup> R 100 mg

28 comprimés



6 118000 120063

37,00

37,00

ATEN<sup>®</sup> R 100 mg

28 comprimés



6 118000 120063

ATEN<sup>®</sup> R 100 mg

28 comprimés



6 118000 120063

49,40

37,00

ATEN<sup>®</sup> R 100 mg

28 comprimés



6 118000 120063

ATEN<sup>®</sup> R 100 mg

28 comprimés



6 118000 120063

37,00

37,00

ATEN<sup>®</sup> R 100 mg

28 comprimés



6 118000 120063

AMEP<sup>®</sup> 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

49,40

LOT : 7380

PER : 12-21

P.P.V : 99DH00

AMEP<sup>®</sup> 5mg

28 comprimés

49,40

AMEP<sup>®</sup> 5mg

28 comprimés



37,00

PPV (DH) :

25,00

LOT N° :

AMEP<sup>®</sup> 5mg

28 comprimés

49,40

AMEP<sup>®</sup> 5mg

28 comprimés



49,40



6 118000 080930

49,40