

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 044636

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1540 Société : 88354

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M^r CHERAT EL Houkaine

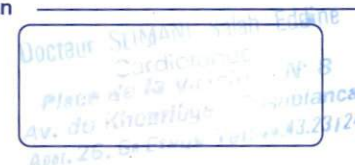
Date de naissance : 01/01/1939

Adresse : 1 Rue AZEMA 0815 Casablanca

Tél. 05 22 20 45 45 / 06 66 16 64 134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/01/2021

Nom et prénom du malade : CHERAT EL Houkaine 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) : R ACCUEIL

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
11 OCT 2021		C2 + ECG = 250.00 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2021	384.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

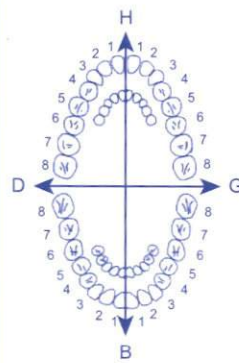
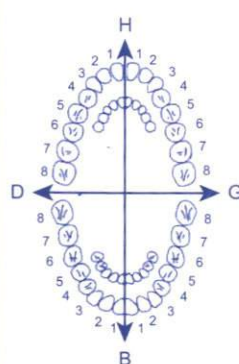
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
			MONTANTS DES SOINS										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE 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

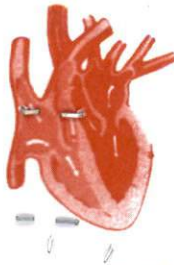
Diplômé de la Faculté de Médecine de Reims

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 سليمان

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب برامس

الفحص بالأمواج فوق الصوتية

إختصاصي في طب الرياضة وطب المستعجلات

ملحق سابق بمستشفيات رامس وشارلفيل

Casablanca, le 11 OCT 2021 في الدار البيضاء

M: CHENAT A HONSTEING

$$53.90 \times 3 = 161.70$$

① Biscan 2 1/2 1/2
 $23.80 \times 3 = 71.40$

② Arkan 22 1/2 1/2

③ A de the 1/2 1/2

④ 1/2 1/2

$$219.10 \times 3 = 657.30$$

Traitements pour trois mois

381.60

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bourabid
Oasis - CASABLANCA
Tel.: 23.54.48 / 23.54.18

05.22.23.42.03 ساحة النصر الرقم 8 محج خريكة - الشقة 26 الطابق 5 الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.44.43.23 - هانف المنزل

Place de la Victoire N°8 - Avenue de Khouribga - Casablanca - Appt. 26, 5^{ème} 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

53,20

53,20

53,20

LOT 216633

EXP 06/26

PPV 49DH50

LOT 216633

EXP 06/26

PPV 49DH50

LOT 216633

EXP 06/26

PPV 49DH50

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 06/2023
LOT 12010 3

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 06/2023
LOT 12010 3

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 06/2023
LOT 12010 3