

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

M23- 0026757

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1540 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHERBAT ELHOUSSEINE
Date de naissance : 01/01/1939
Adresse : 1 Rue AZEMA OASIS Casablanca
Tél : 0661664534 Total des frais engagés : #817 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur SLIMANI Salah-Eddine
Cardiologue
Place de la Victoire, N° 8 Appt 26
5^{ème} Etage, Av de Khouribga
Casablanca - Tél : 05 22 44 47
Date de consultation : 15 JAN 2024
Nom et prénom du malade : CHERBAT EL HOUSSEINE Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 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 : 10/01/2024

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicament attestant le Paiement des Actes
15 JAN. 2024		C2 + ECG =	300,00 DH	Docteur <i>S. Kharibga</i> Place de la Victoire, N° 3, Apt 26 5 ^{ème} Etage, Av de Kharibga Casablanca - T.él. : 05 22 44 43 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE JERRAD</i> 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél. : 23.04.40 / 05.05.18	15/01/2024	517.10

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
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

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 وشارلويل



NOUVEAU NUMÉRO
de TÉLÉPHONE

06 20 14 65 40

Casablanca, le 15 JAN. 2024 في الدار البيضاء،

M: CHENRAT EL HACHEM

3x53,90

① Bisoprolol 10 mg

5x56,80

② Aldactone 50 mg

3x23,80

③ Atenolol 100 mg

Traitements pour trois mois

517,10

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

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahman Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél.: 23.54.49 / 99.05.18

ساحة النصر الرقم 8 محج خريبكة - 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^{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

53,90

53,90

53,90

ALDACTONE 50^{mg} apironactone

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50^{mg} apironactone

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50^{mg} apironactone

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50^{mg} apironactone

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ASKARDIL[®] 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 S

ASKARDIL[®] 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 S

ASKARDIL[®] 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 S

ALDACTONE 50^{mg} apironactone

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029