

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

- Reclamation : 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

N° W21-820448

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8602

Société :

PMI

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

IRABI KARIM

Date de naissance :

09/01/1977

Adresse :

388 CASSA CNEC - JMW BOUSKES

Tél. :

0667296987

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Fouad HADDAD

Cachet du médecin :

Hépatogastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél. : 05 22 85 14 14
INP 091145953

Date de consultation :

25/08/2023

Nom et prénom du malade :

IRABI KARIM

Age :

46

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection digestive

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 :

CASA

Le :

25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
25/09/23	G3		458,00	INP: 091145953 Pr. Fouad HADDAD Hépatogastro-Entérologie-Proctologie

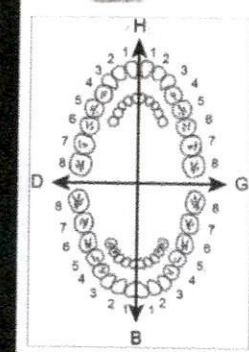
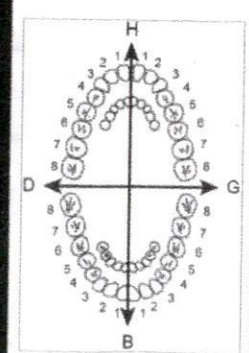
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/09/23	458,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

D.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		
		B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 25/01/2023

INAGT KARIG

Shi^o Dupatalin 200 Cp (S.V)

1 Cp x 31; avant repas

144,50 - Zoclas 20mg gélule (S.V)

1 gel j 7ati avant repas

245,00 - Alproxa gélule (S.V)

1 gel j 7ati ap^s repas

Durée = 11j

Dr. Fouad HADDAD
Hépto-Gastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd Modibo Keita
Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14
INP: 091145953

URGENCES 24/24 مستعجلات

728, Bd Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - CNSS : 6387246 - Patente : 36372350 - IF : 1087352

Elle est

première
jetateur.

14,50 Hemofast Suppo avec Crème (S.V)

1 Suppo + Crème le soir

x 7 jours

458,00



Pr. Fouad HADBAD
Hépto-Gastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14
INP: 091145953

N° lot : 501

A consommer de 02 2026
préférence avant fin :

LOT 221251
EXP 04/2024
PPV 144.50DH

BISYS
Jiflorex®

27735/01
1000409-03-0922

Hemofast®
Pommade

14,50

19,60

LOT : 22E001V
PER: 03 2025

DUSPATALIN 200MG
GELU 820

P.P.V : 54DH00



CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202308186	25/09/2023	M. IRAQI Karim	Payant	25/09/2023	25/09/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
TOTAL CLINIQUE					0,00

AUTRES PRESTATIONS

PR. HADDAD FOUAD(Gastrologue)			1	400,00	400,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					400,00

Arrêtée la présente facture à la somme QUATRE CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	400,00
---	----------------------	---------------

URGENCE 24/24
Clinique Dar Salam

URGENCES 24 / 24 مستعجلات