

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
 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-820448

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3602	Société : RMT	A 82776	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : TRAJI KARIM	
Nom & Prénom : TRAJI KARIM			
Date de naissance : 01/01/1921			
Adresse : 357 CRISTOL GENEVE 2005 KASS			
Tél. : 0667296982		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr Fouad HADDAD <i>Hépato-Gastro-Entérologie-Practologie</i> <i>Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita Casablanca - Tél. : 05 22 85 14 14</i> <i>INP : 091145953</i>		
Cachet du médecin :	Date de consultation : 25/08/2023	Age : 52	
	Nom et prénom du malade : TRAJI KARIM		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection digestive		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : STOMATITE			
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
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/08/2023

RELEVE 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 CS				INP : 091145953 Pr. Fouad HADDAD Hépato-Gastro-Enterologie Proctologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	INP: 091145953 Montant de la Facture
	25/09/23	458,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

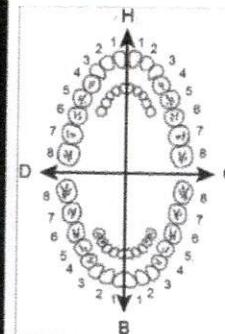
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

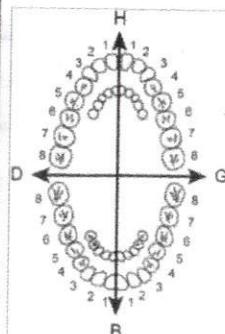
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	35533411
B	11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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



Casablanca, le 25/9/2023

IRAG'S KARIG

su^e Dupatalin 200 mg S.V

1cp & 3lj avant repas

14450 - Zoegas 20mg gelule S.V

1 gel 1j 2at 1c avant repas

24550 - Alifloex gelule S.V

1 gel 1j 2at apres repas

Durée = 1kj

URGENCES 24/24 مستعجلات

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

1450 Hemofast Suppo avec Crème

S.V

1 Suppo + Crème le soir

et j'en

458,00



Pr. Fouad HADDAD
Hépato-Gastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd Modibo Keita
Casablanca - Tel: 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

27735/01
1000409-03-0922

Hemofast®
Pommade

14,50

19,60

Bi florex®
Biosys

LOT : 23E010V
PER : 03 2025

DUSPATALIN 200MG
GELU B20

P.P.V : 54DH00



6 118000 010531

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
---	----------------------	--	--------



مستعجلات 24 / 24 URGENCES 24 / 24

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 -Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660857000058