

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.

N° W19-511343

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique (18153)	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13069	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL WAIFIKI Mohamed Rayane			
Date de naissance : 10/05/1993			
Adresse : H. Rue el Yagoubi 800 dn palais			
Tél. : 0663158834	Total des frais engagés : 788,70 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Pr. Fouad HADDAD Hépato-Gastro- Entérologie-Practologie Clinique Dar Salam, 728, Bd.Modibo Keita Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14 INP: 091145962			
Date de consultation :	13/01/2020		
Nom et prénom du malade :			
EL WAIFIKI MOHAMED RAYANE			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affecti di feste ve			
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 : **Nasara**

Signature de l'adhérent(e) : **Tchoum**



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-511343
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
13.1.2020 Cg			300000	IMP : 0811455853 SIDI HADJ CLINIQUE 18852282 Elouad HADJ Elouad-Gastro- ie-proctologie 1885 1411 Bumulibko Keita

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>S. ALI HACHMI Djerba</i>	<i>12/01/2022</i>	<i>458,70</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

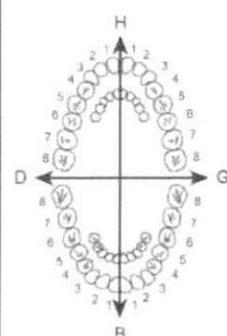
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad HADDAD

Professeur de L'Enseignement Supérieur
Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
Endoscopie Digestive
Maladies du Foie - voies Biliaires
Proctologie et Chirurgicale



الدكتور فؤاد الحداد

أستاذ بكلية الطب

إخلاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التشخص بالمنظار

أمراض الكبد

أمراض و جراحة الشرج

280 13.4.2020
à 18h00

13.01.2020

Casablanca , le : البليضاء . في :

EL WAFIKI HOUAMED RAYANE

~~15290 x 3
45870~~

Pharmacie OULAD JARRAR
Dr. ALAOUI HACHMI Meryem
39, Village Pilote Dar Bouazza
Casablanca

Pr. Fouad HADDAD
Hépato-Gastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca 10400 - Tél.: 05 22 85 14 14
Fax : 05 22 83 08 80 - Gsm: 06 64 02 35 36 - E-mail : haddadfouad@yahoo.fr

قسم أمراض الجهاز الهضمي - مستشفى ابن رشد - الهاتف : 05 22 22 41 09

مصحة دار السلام - 728 شارع موديبوكينا - الهاتف : 05 22 85 14 14

البريد الإلكتروني : haddadfouad@yahoo.fr - الفاكس : 05 22 85 14 14

COOPER PHARMA

LOT: 190945

PER: 01/2021

PPV: 152,90 DH

20 mg

Voie Orale
Oral route

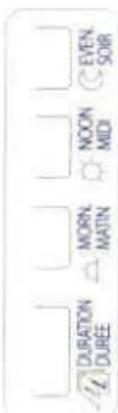
28 x

COOPER
PHARMA

ZÆGAS®

Esomeprazole

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules



ZÆGAS®

Esomeprazole

20 mg

Voie Orale
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x

COOPER PHARMA

LOT: 190945

PER: 01/2021

PPV: 152,90 DH

20 mg

Voie Orale
Oral route

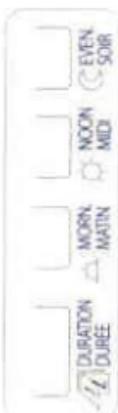
28 x

COOPER
PHARMA

ZÆGAS®

Esomeprazole

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules



ZÆGAS®

Esomeprazole

20 mg

Voie Orale
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x

COOPER PHARMA

LOT: 190945

PER: 01/2021

PPV: 152,90 DH

20 mg

Voie Orale
Oral route

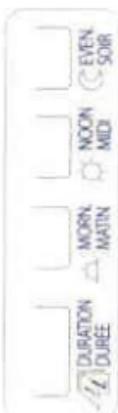
28 x

COOPER
PHARMA

ZÆGAS®

Esomeprazole

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules



ZÆGAS®

Esomeprazole

20 mg

Voie Orale
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x