

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0033287

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1650 Société : 139283

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Agnès Boufemid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 360058 Total des frais engagés : 677,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Fouad HADDAD
Hépto-Gastro-
Entérologie-Proctologie

Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél. 05 22 95 14 14

Date de consultation : 26/11/2022

Nom et prénom du malade : Agnès Boufemid Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/11/2022		9	350 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAMLIH Rue Tadjouane C.I.L - Casa Tél : 05 22 36 47 51 INPE : 092040187	26/11/2022	32750

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

26.11.2022

AGNAOU Souleya

PHARMACIE LONGCHAMP
Rajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Casa
Tél : 05 22 36 47 51

Prendre :

14450 - Zoclas 20mg gélule (S.V)
1 gélule matin à jeun

LOT 220446
EXP 01/2024
PPV 144.50DH

11820 - KOCASST Cp
6480

à conserver dans un endroit sec à l'abri de la lumière et d'humidité.

A consommer de préférence avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

118.20DH
Lot: F2207506
Per: 05-2025

PRODUIT ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT

à conserver dans un endroit sec à l'abri de la lumière et d'humidité.

A consommer de préférence avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

64.80 DH
Lot: C2207502
Per: 02-2025

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

PHARMACIE LONGCHAMP
Rajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Casa
Tél : 05 22 36 47 51

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

URGENCES 24/24



CLINIQUE DAR SALAM

DEMANDE D'EXAMENS N°

0002826

Nom : AGNAOU Ch:

Prénom : SAMMEYA

Docteur : HADDAD

Examen Demandé :

U2-350

Medecin Correspondant :

URGENCE
Clinique DAR SALAM
Signature