

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1650 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Adnane Bafemza

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522360059 Total des frais engagés : 789,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : AGNAOU SOUNEYA 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/3/2023	CS		400.00 DT	Pr. Fouad HADDO Hépato-Gastro- Entérologie-Proctologie Clinique Dar Salam Casablanca - INP: 091145953 Tél: 05 22 85 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LONG CHAMPS Rajaa TAZI BENLAMLIH Rue Toulouse C.I.L - Casa Tél : 05 22 36 47 51	22/3/23	389,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	
		AM	PC	IM	IV

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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.

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



مَسْجِدَةُ دَارِ السَّلَامِ
CLINIQUE DAR SALAM

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

Casablanca, le

22/3/2023

ACHNAOU Souleya

LOT : 2559
PER : 10/25
PPV : 144DH50

14450

Eutol Zone gelule (S.V)

1 gelule avant repas (avant show)
à 02m/s

94500-

ALFLOREX gelule

(S.V)

38950

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

c/s repas (apès
l'heure)

URGENCE
Clinique DAR SALAM

Rr. Fouad HADDAD
Hépato-Gastro-
Entérologie/Proctologie
Clinique Dar Salam, 226, Bd Modibo Keita
Casablanca - Tel. : 05 22 85 14 14

Porteur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C. : 245,00 DH
CE N° : 34757/2019/DMP

URGENCES 24/24 مستعجلات

CLINIQUE DAR SALAM

NOM DU PATIENT : Mme AGNAOUI Soumeya
DATE DE NAISSANCE : 14/01/1996

N° DE DOSSIER : 23C22151430
Sejour . Du 22/03/2023 au 22/03/2023

Reçu

Paiement du 22/03/2023 15h15

Montant

Type de paiement

400,00 Dh

ESPECE

URGENCE
Clinique DAR SALAM