

# 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.

M23-001319

Λ 59385

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13069

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elwafiki Mohamed Hayne

Date de naissance : 18/05/1993

Adresse : Villa Anta 3 villa 116 Dar bechara

Tél. : 0663158834

Total des frais engagés : 806,2

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Fr. Fouad HADDAD  
Hépato-Gastro-  
Entérologie- Proctologie  
Clinique Dar Salam, 72B, Bd Modibo Keita  
Casablanca - Tel. : 05 22 85 11 11  
INR 00144153

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/04/2023

Nom et prénom du malade : EL WAFIKI Mohamed Hayne 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.

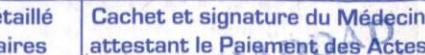
Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/11/2013	G		40000	 Dr. Fouad H. H. S. Hépato-Gastro- Entérologie-Pronto- Clinique Dar Salam, 728, Bd Meddo Keita Casablanca - Tel: 05 22 85 14 14 INP: 051145953

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 EL HADY HAYAT Pharmacie AL AIR 1522 96 59 83 - Casablanca	Le 16/04/23	T = 406.120

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important

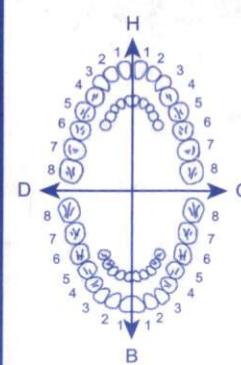
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES 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

## 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



مَسْجِدَةُ دَارِ السَّلَامِ  
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le .....

10/4/2023

EL WAFIKI MOHAMED RAYANE

$$2 \times 123.60 = 247.20$$

- I neodium 4000



Dr. EL HAFID Hayat  
Pharmacie Pharmacie  
Lotissement AL ALYA, Rue Dr SOUZA  
Tel: 0522 96 59 83 - Casablanca

URGENCE

Clinique DARSALAM

for 02 Reffuxaid sticks

1 Cp x 2/j avant l'heure  
1 Cp x 2/j avant le repas

1 Sachet x 2/j → Apres l'heure  
1 Sachet x 2/j → Apres le repas

89 100

- oxymal 300mg Geffen

Dr. FOUCAL ADDA  
Hépato-Gastro-  
Entérologie-Prodigie  
Clinique Dar Salam, 728 Bd Modibo Keita  
Casablanca - Tel: 091 74 459 83

Dr. EL DRISSI  
Pharmacie Pharmacie  
Lotissement AL ALYA, Rue Dr SOUZA  
Tel: 0522 96 59 83 - Casablanca

مستعجلات URGENCES 24/24

**Composition**

Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

**Instructions d'utilisation :**

Agiter avant utilisation.

Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans :

1 - 2 sticks après les repas et au coucher.

Enfants de moins de 12 ans : 0,5 - 1 stick après les repas et au coucher.

LOT 2302002

EXP 2026/01

PPC 70 DHS

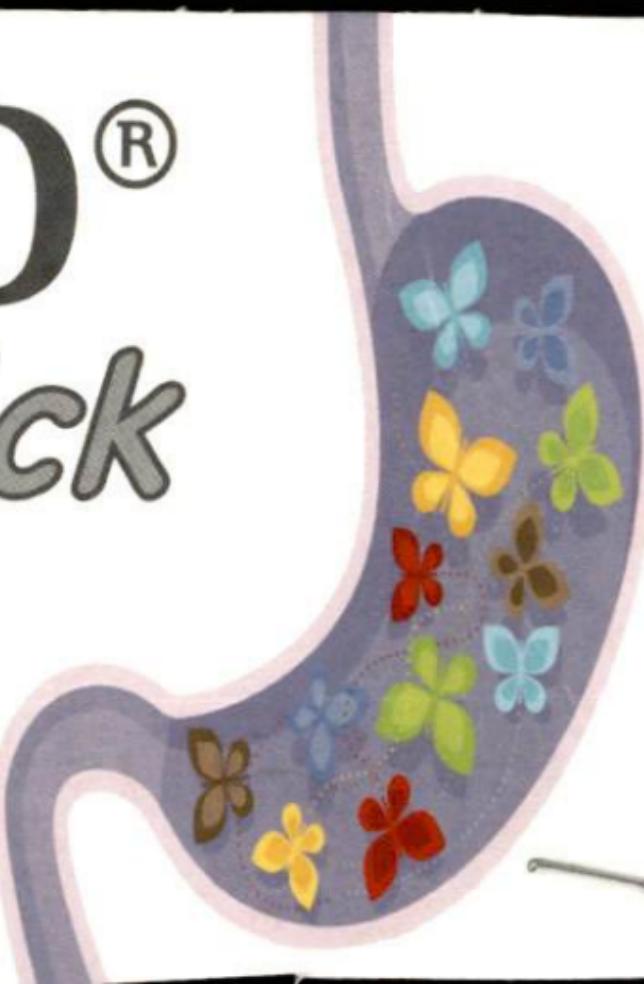
LOT



# REFLUXAID® *Stick*

**24 Sachets monodoses  
Anti-reflux**

 **PROMOPLUS**  
PHARMA



Agreement  
MA  
CAPV.7.278.19

Valeurs nutritives pour un comprimé  
Nutrition Facts for one tablet

Valeur énergétique Energy value	1,27 Kcal (5,37 kJ)
Magnésium Magnesium	300 mg*
Sodium	0 mg

(\*): 100 % de l'apport journalier recommandé  
100 % of recommended daily intake

Complément alimentaire,  
ce n'est pas un médicament.

Fermer le tube immédiatement après usage.  
Tenir hors de la portée et la vue des enfants.  
Conserver dans un endroit frais et sec.

Food supplement, it is not a medicine.  
Close the tube immediately after use.  
Keep out of reach and sight of children.  
Store in a cool and dry place.



6 111250 430340

Oral route

30  
Tablets

Net weight : 25,5 g

Lot / Batch n° :

Exp. date :

22185  
02/24  
89,00

PPC (DH) :

730160.02.21



