

## 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-454108

C

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.069

### Dentaire

Société : RAM

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre

Nom & Prénom : Elwafy Mohamed Rayane

Date de naissance : 18/05/1993

Adresse : 11 Rue ELKAÏS 1 Residence du Paloma

Racine

Tél. : 0663158834

Total des frais engagés :

675,3

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fouad HADDAD  
Hépato-Gastro-  
Entérologie-Proctologie  
Boulevard Salam, 728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca - Tel. : 05 22 85 11 14

Date de consultation : 21/10/19

Nom et prénom du malade :

EL WAIFI M. 17AYANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestive

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 : Elwafy

Le : 24/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Elwafy

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

N° W19-454108

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
21/10/18	CS		30000	INP : 0811155903 Fouad HARRAD

### EXECUTION DES ORDONNANCES



Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PHARE ICE : 000830976000099 16, Avenue de Paris - CASABLANCA Tel.: 0522.26.68.18 - Fax: 0522.48.22.02	21/10/18	375,30 Dh

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	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**

# 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

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار

أمراض الكبد

أمراض و جراحة الشرج

PN 23.12.19  
à 18h00

Casablanca, le : ..... 21.10.19 ..... البيضاء. في

WAFIKI MOHAMED RAYANE  
152,90 Dhs - Eustol Zouer Zelb  
69,50 Dhs - Maternov Zelb  
375,30 Dhs  
15 mn avant petit déjeuner  
Dr. Fouad HADDAD  
Hépato-Gastro-  
Entérologie-Proctologie  
Clinique Dar Salam - 728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14  
Fax : 05 22 83 08 80 - GSM : 06 64 02 35 36 - E-mail : haddadfouad@yahoo.fr  
x 15 mn

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

Fax : 05 22 83 08 80 - GSM : 06 64 02 35 36 - البريد الإلكتروني : haddadfouad@yahoo.fr

وحدات حببية مقاومة للعصاراة المعدية

عن طريق الفم  
كبسولة

28



إزومبرازول

٦

٢٠  
ملغ



5  
PHARMAX

١٥٢,٩٠

وحدات حببية مقاومة للعصاراة المعدية

عن طريق الفم  
كبسولة

28



إزومبرازول

٦

٢٠  
ملغ



5  
PHARMAX

١٥٢,٩٠

PPC : 69.50 DH  
Lot : 18DT3

**maternov®**  
Gélules  
**N.V**

A consommer avant le : 10/2021

مَوَدَّةٌ  
لِلْجَنَجِ

كبسولة

عليه من 20 كبسولة بذاتيّة  
زنجبيل جودة جانجرين 250 مغ  
عن طريق الفم

**N.V**

