

# 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de éducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèse :

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.

Le 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

Information : <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>
Le personnel en charge : <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>
Adhésion et changement de statut : <a href="mailto:adhession@mupras.com">adhession@mupras.com</a>

La Mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Docteur : *Majdy*

Matricule : *10300*

Société : .....

Actif

Pensionné[e]

Autre : .....

Nom & Prénom : *Ridaoui*

*Rachida*

Date de naissance : *1971*

Adresse : *Habtuelle*

Tél. : *0666274783*

Total des frais engagés : *300 + 111,-* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : *20/11/2019*

Nom et prénom du malade : *Ridaoui / Rachida* Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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 HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20-11-19	Co	Actes	3000 HT	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MAMOUNI</b> 01. AL DARS A SOHOUR Tél: 0522 31 16 40 / 0522 11 16 40 Casablanca	30/11/19	441,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# 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

التشخصي بالمنظار

أمراض الكبد

أمراض و جراحة الشرج

200 30.12.19  
à 15h30

Casablanca , le : ..... 30.11.19 ..... البيضاء . في

Ridaoui R Attida

METEOSPASMYL® 8 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 160293

PHAR

MARIABA

ANNE

ACHOUR

61, Av des FAR - Casablanca

Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

40,40 - meteospasmol gelule

2 gel à 2/j avant repas

245,00

- Alforex gelule

Importateur Exclusif

Biocodex Maroc

Technopole - Aéroport Mohamed V

B.P. : 126-Nouaceur-Maroc

[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)

P.P.C. 245,00 DH

complément alimentaire, n'est pas un médicament

N° DA20181706751DMP / 20UCA / MAY3

61, Av des FAR - Casablanca  
Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

78,00

- Nelimax gelule 150 mg

UT.AV MELIMAG B6  
09/2021 P.P.C.

UT.AV MELIMAG B6  
10/2022 P.P.C.

L:MM16 78DH

441,80 1 gel à 2/j aps repas x 1 mis

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

مصحة دار السلام - 728, Bd. Modibo Keita - Casablanca - الهاتف : 05 22 85 14 14

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

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
201912327	30/11/2019	Mme RIDAOUI Rachida	Payant	30/11/2019 30/11/2019

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					50,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. HADDAD FOUAD(Gastrologue)			1	250,00	250,00
<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					250,00

Arrêtée la présente facture à la somme <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	300,00
--	----------------------	--------



مستعجلات 24 / 24 URGENCES 24 / 24

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 -Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F.: 1087352  
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma  
ICE : 001660857000058