

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.

Diagnostique 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

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.

PRAS : 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



84585

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024227

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8198 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OFIR Amal Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 9127 11 Total des frais engagés : 921,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Fouad HADDAD
Hépatogastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Mohammed Keita
Casablanca - Tél. : 05 22 85 14 14
INP : 9024

Date de consultation : 15/09/2021

Nom et prénom du malade : EL OFIR AMAL Age :

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

Nature de la maladie : Affect. 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 : CASA

Le : 16/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15.9.2021	C		350.000	Pr. Fouad H. Ghannouchi Hépatologie-Gastroentérologie Entérologie N° 728 80 14 14 Tél: 09 11 45 95 53

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MILA Dr. Mohamed EL-ABDELLAH 283, Rue de la Liberté - C.I. 10094 BOU CASABLA	15/3/22	571,40

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Mohamed El-Milani 241, Bd. Mohammed VI 203, Bd. Salah - C.I. 202, 94 65 30-CASABLA	15/3/21	571,40

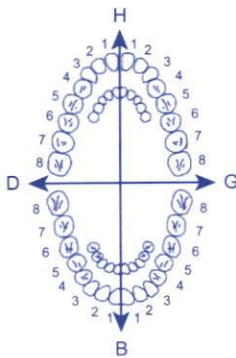
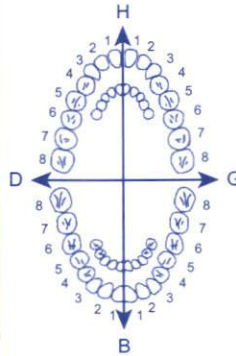
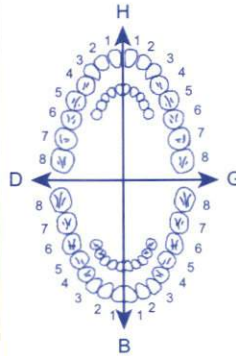
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

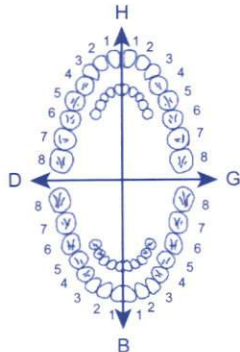
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				Coefficient DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td align="center">25533412</td> <td align="center">21433552</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">G</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">35533411</td> <td align="center">11433553</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H B D G		H		
		25533412 00000000	21433552 00000000	
		D G		
		00000000 00000000 35533411 11433553	B	
(Création, remont, adjonction)				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
		DATE DU DEVIS		
		DATE DE L'EXECUTION		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

25533412

00000000

00000000

35533411

2 | 21433552

0	000000000
---	-----------

0	00000000
---	----------

1	11433553
---	----------

6

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة دار السلام

CLINIQUE DAR SALAM

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

LOT 210351
EXP 02/2026
PPV 54.70

Casablanca, le 15.09.2021

LOT 211484
EXP 06/2026
PPV 54.70

LOT 211484
EXP 06/2026
PPV 54.70

LOT: 210401
PER: 06/2026
PPC: 79,90 DH

LOT: 210207
PER: 04/2026
PPC: 79,90 DH

EL OFIR AMAL

5470
X3-

peleverine fort

1 Cp x 31j

avant

7990

Kalmakas Cp

1 Cp x 31j aji nass

144,50

Eutol 20mg Gelule

23,10

1 gelule jate a fer

lysanaria Cp

UT. AV: 21.04 P.P.v

LOT N°: 130 x 442 23 10

57140

1/2 - 1/2 - 1

Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14
INP: 091145953

URGENCES 24/24

Durée = 01 mois