

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0055528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 358 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : DRISS DELFI
Date de naissance : 1942
Adresse : 98 lot Bouepra Sidi marrouf
CASA BLANCA
Tél. : 0762 707 666 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 04 / 24
Nom et prénom du malade : LAKHDAR NAÏMA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint
Nature de la maladie : Douleur articulaire
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 : Casablanca Le : 22 / 04 / 2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

22/04/2024 M2 400000
 Dr. MADIOU Lami
 Anesthésie - Réanimation
 CLINIQUE DAR SALAM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

22/04/2024 Voir facture ci-jointe 600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

A M PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

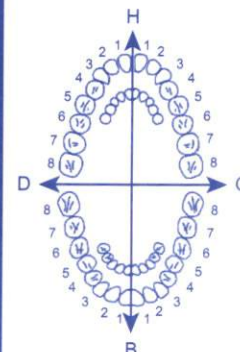
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

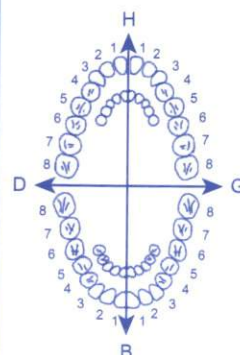
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

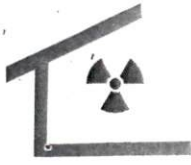
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

Casablanca, le 22/04/2024

Patient : MME LAKHDAR NAIMA

Prescripteur: EQUIPE REA

ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE

Ascite de grande abondance libre anéchogène visible en péri hépatique, péri splénique et en inter anses.

Foie homogène, de taille normale de contours réguliers sans lésion focale décelable.

VB siège d'une macro lithiasse de 26 mm de diamètre, à paroi fine.

TP et VBP de calibre normal.

Reins en place de taille normale de contours réguliers avec bonne différenciation cortico médullaire sans dilatation des cavités excrétrices.

Rate homogène de volume normal.

Pancréas non exploré masqué par un écran de gaz.

Vessie semi pleine à contenu transonore.

Absence de masse pelvienne visible dans les limites de cet examen.

CONCLUSION :

Ascite de grande abondance libre.

VB macro lithiasique à paroi fine.

A confronter au reste du bilan.

Cordialement. Dr ANDALOUSSI

Dr ANDALOUSSI
Dar Salam S.C
728 Bd Modibo Keita

Urgences 24/24

728, Bd Modibo keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء - شارع موديبوكيتا

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma



مصداقة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 22-06-24

LAKHDAZ NAIMA

patiente âgée de 73 ans
sans antécédents pathologiques
particuliers, se présente pour une
Gêne abdominale, distension
abdominale, sans vomissement
ni AMG, ni Douleur abdominale.

⇒ Sup Echo AP
(symptôme de constipation)

r. MADIOULAMI
anesthésie - Réanimation
CLINIQUE DAR SALAM

URGENCES 24/24 مستعجلات

CLINIQUE DAR SALAM

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 24D22185810

NOM DU PATIENT Mme LAKHDAR Naima

DATE D'ENTREE 2024-04-22 18:58:10

DATE DE SORTIE 2024-04-22 18:59:31

URGENCE
CLINIQUE DAR SALAM

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	
202404051	22/04/2024	Mme LAKHDAR Naima	Payant	22/04/2024	22/04/2024

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

AUTRES PRESTATIONS

DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN)			1	350,00	350,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					350,00

Arrêtée la présente facture à la somme QUATRE CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	400,00
--	---------------	--------

URGENCE
Clinique Dar Salam



FACTURE

Casablanca, le 22/04/2024

Facture N° 793/2024

NOM PATIENT : LAKHDAR NAIMA

DATE FACTURE : 24/04/2024

EXAMENS	MONTANT
ECHO ABDOMINO PELVIENNE: -----	six cents (600 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SIX CENTS

REGLEMENT : ESPECES

RADIOLOGIE
Dar Salam S.C.
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24

CLINIQUE DAR SALAM

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 22/04/2024

LE: 22/04/2024

DATE SORTIE : 22/04/2024 18h59

DR. EQUIPE REANIMATION (ANESTH / REAN)

HONORAIRES : 350,00 Dh (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS)

PATIENT : MME LAKHDAR NAIMA

Jr. MADIOU Lami
Anesthésie - Réanimation
CLINIQUE DAR SALAM

signé et cacheté