

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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 caractére 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 : N° P19- 011550

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08918

Société : R.A. 17

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom S.KALLI HAUSSEMI Date de naissance : 02-12-1963

Adresse : 716, Bd de FES CALIFORNIE CASABLANCA

Tél. : 0661461934 Total des frais engagés : 850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/15

Nom et prénom du malade : SEFRAOU, DAISSA Age : 39

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Patho Thoracique

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/07/15

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
06/07/09	CS + ECG	4 68	600000	Docteur M-H MEKOUMA Spécialiste Réanimatrice URGENCES Dr 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
Docteur M-H MEKOUMA	06/07/09	7 92	250000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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



مَسْجِدَة دَار السَّلَام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

06/07/1999

Mme. SEFRIOUZ Majda.

→ Rx Thorax

deface

→ ECG



URGENCES 24 / 24

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tel : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

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	
201907081	06/07/2019	Mme SEFRAOUI Majda	Payant	06/07/2019	06/07/2019

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
ECG			1	200,00	200,00
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
CONSOMMABLE			1	100,00	100,00
TOTAL CLINIQUE					350,00

AUTRES PRESTATIONS

DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN)			1	250,00	250,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					250,00

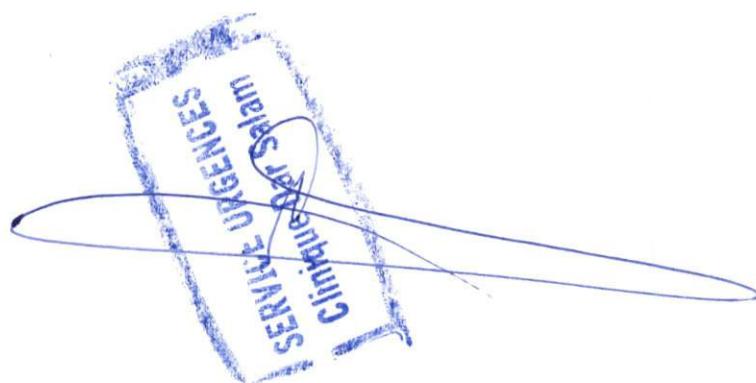
Arrêtée la présente facture à la somme SIX CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	600,00
--	----------------------	--------



URGENCES 24 / 24 ستينجات

CLINIQUE DAR SALAM

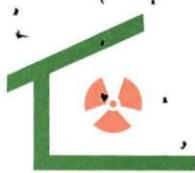
NOM DU PATIENT : Mme SEFRAOUI Majda DATE DE NAISSANCE : 30/09/1979	N° DE DOSSIER : 19G06015359 Sejour : Du 06/07/2019 au 06/07/2019 Médecin traitant : Dr. EQUIPE REANIMATION
Reçu	
Paiement du 06/07/2019 01h55	
Montant	600,00 Dh
Type de paiement	ESPECES



Séjour : Du 06/07/2019 au 06/07/2019
 Patient : Mme SEFRAOUI Majda
 N° Dossier : 19G06015359
 Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
GLUCOMEN	8,00 Dh	1	8,00 Dh
GLUCONATE DE CALCIUM 1G 10ML	3,63 Dh	1	3,63 Dh
INTRANULE BLEU G22 0.9X25MM	15,00 Dh	2	30,00 Dh
MIDAZOLAM-5MG/5ML-INJ	7,87 Dh	2	15,74 Dh
PERFUSEUR	10,00 Dh	2	20,00 Dh
SERINGUE 10 CC	3,50 Dh	1	3,50 Dh
SERUM SALE 0.9% 100ML POCHE-INJ	10,30 Dh	2	20,60 Dh
			101,47 Dh





مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADILOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

FACTURE

Casablanca, le 06/07/2019

Facture N° 3593/2019

NOM PATIENT : SEFRIOUI MAJDA

DATE FACTURE : 06/07/2019

EXAMENS	MONTANT
THORAX DE FACE: -----	deux cent cinquante (250 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT CINQUANTE

REGLEMENT : ESPECES

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

Urgences 24/24

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء

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

ICE : 001660867000079



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

Casablanca, le 06/07/2019

Patient : **SEFRIoui MAJDA**

Prescripteur: **EQUIPE REANIMATION**

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

Absence de foyer parenchymateux pulmonaire d'allure évolutive.

Discrete surcharge hilaire évoquant un syndrome bronchique.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale d'aspect normal.



Urgences 24/24

728 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء 20100

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

ICE : 001660867000079

Résultats mesures:

QRS	:		96 ms
QT/QTcB	:	394 /	406 ms
PQ	:		164 ms
P	:		100 ms
RR/PP	:	928 /	935 ms
P/QRS/T	:	52/ 68/	49 degrés

Interprétation:

rapport non confirmé

