

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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.

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° P19-0011550

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~SK~~ 08918 Société : R.A. 17

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEM T. 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, DAJOU Age : 39

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

Nature de la maladie : Douleur 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 Le : 15/07/15

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/07/19	CS + ECG 4 CS.		600000	

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
	06/07/19	3e	250000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td 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



مصلحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

06/07/19

Mme. SEFRIOU Majda.

→ Rdx Thorax

deface

→ ECG



URGENCES 24 / 24 مستعجلات

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

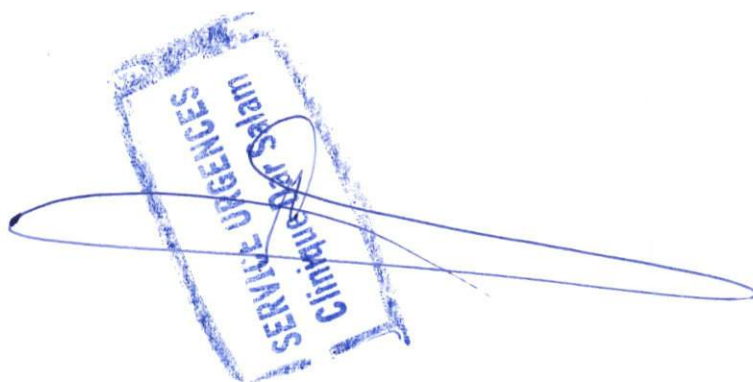
Arrêtée la présente facture à la somme SIX CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	600,00
--	----------------------	---------------



URGENCES 24 / 24 مستعجلات

CLINIQUE DAR SALAM

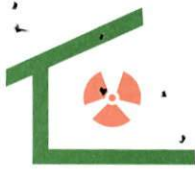
NOM DU PATIENT : Mme SEFRAOUI Majda DATE DE NAISSANCE : 30/09/1979	N° DE DOSSIER : 19G06015359 Sejour : Du 06/07/2019 au 06/07/2019 Médecin traitant : Dr. EQUIPE REANIMATION
Reçu	
Palement du 06/07/2019 01h55	
Montant	600,00 Dh
Type de paiement	ESPECE



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

GENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

FACTURE

Casablanca, le 06/07/2019

Facture N° 3593/2019

NOM PATIENT : SEFRIQUI 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 : SEFRIQUI MAJDA

Prescripteur: EQUIPE REANIMATION

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

Absence de foyer parenchymateux pulmonaire d'allure évolutive.

Discrete surcharge hilare évoquant un syndrome bronchique.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale d'aspect normal.

Cordialement

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

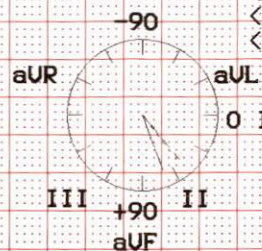
606-7-19
2011/30H²DRR804P RAJDA

36.026

FC 64/min

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



< P
< T
< QRS

Interprétation:

rapport non confirmé.

