

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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.

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011942

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9411

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IDRASSI AMIRI

Date de naissance : 04/04/71

Adresse :

Tél. : 0663497006

Total des frais engagés : 30 OCT 2018 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Dr. El Idrissi Amiri
Professeur de l'enseignement supérieur
Traumatologie-Orthopédie
Prothèses-Angiologie - Chirurgie du sport
INPE : 091145748

Date de consultation : 28/10/2018

Nom et prénom du malade : DABRI / male / 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) : 

Le : / /

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
15/10/14	✓	✓	300,00 DH	Pr. Abdellatif MESSAOUDI Professeur de l'enseignement supérieur Médecin-Orthopédiste Radiologie - Arthroscopie - Chirurgie de sport INRE : 091145728

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. B. B. Radiologie	28-10-14		300,00 DH

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
(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

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
201910918	28/10/2019	Mme DAHBI Imane	Payant	28/10/2019 28/10/2019

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. MESSOUDI(Traumatologue)			1	250,00	250,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					250,00

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	300,00
--	----------------------	--------



24 / 24 مسجلاً

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



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

gle qu'il

Casablanca, le 28/10/2019

Patient : **DAHBI IMANE**

Prescripteur: **DR MESSOUDI ABDELJABBAR**

RX DE LA MAIN GAUCHE F/P

Intégrité structurale et morphologique des éléments osseux radiographiés.

Absence de trait de fracture décelable.

Absence de lésion osseuse focale décelable.

Intégrité des interlignes articulaires.

Cordialement.

DR HASSEN

DR HASSEN
RADIOLOGUE
Casablanca
INPE: 091 186 148

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

26/10/2019

FACTURE

Casablanca, le 28/10/2019

Facture N° 4251/2019

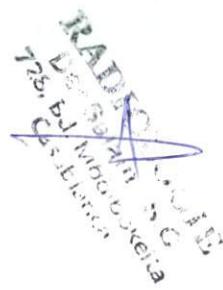
NOM PATIENT : DAHBI IMANE

DATE FACTURE :28/10/2019

EXAMENS	MONTANT
MAIN DE FACE+PROFIL: -----	trois cents (300 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : TROIS CENTS

REGLEMENT : ESPECES



Urgences 24/24

728 شارع موديبوكيتا - الدار البيضاء 20100
① 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660867000079



مَسْجِدَة دَار السَّلَام

CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

28.10.19

DAR SALAM

M. Dar

gauze

Centr for the

V - 2017

PT. Abdelfabbar MESSOUDI
Professeur de l'enseignement supérieur

Fracture - Traumatolo - Chirurgie de sport

URGENCES 24/24

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +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.P.T. : 1087352

**CLINIQUE
DAR SALAM**
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca