

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8367	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOURID KHALIL			
Date de naissance : 17/07/64			
Adresse : 08 Rue Hassan Ben Ali			
Tél. :	0661338657	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 20/07/2014			
Nom et prénom du malade : SNATE SAADIA Age: 48			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <input checked="" type="checkbox"/>			
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 : 20/07/2014

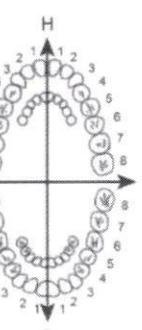
Signature de l'adhérent(e) : 

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
10-10-2018 Vol. 1	Facture	1	100,00	INP : 0910101080
				PKA MY AN 2018 Généraliste Région Centre 485 14 14 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MODIBO KEITA 720, Bd. Modibo Keita Tel: 0522826524 CN	14.12.2023	1.117,70 DFG

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR. MOUBA Dar Salam S.C 28, av. Modibo Keita Casablanca</i>	14.12.23	<i>Voir facture ci-jointe</i>	<i>1500,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																								
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
				INP : <input type="checkbox"/>																				
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																				
				Montants des soins <input type="checkbox"/>																				
				Début d'exécution <input type="checkbox"/>																				
				Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
D		G																						
00000000	00000000	35533411	11433553																					
B																								
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																				
				Montants des soins <input type="checkbox"/>																				
				Date du devis <input type="checkbox"/>																				
				Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																				



Casablanca, le 16.12.2023

SNAG SAADIA

Age: 46 ans

Se plainte pour des céphalées intenses

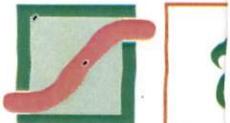
de survenue brusque, une ligne rouge magique
et progressifs associés à des vomissements

Survenue de fièvre

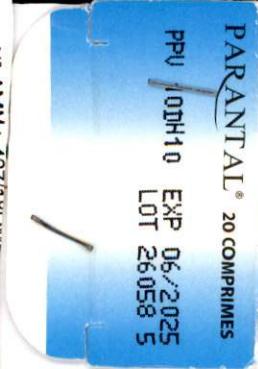
⇒ CTM cérébrale.

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

URGENCES 24/24 مستعجلات



28, NOV 1962



maphar
Boulevard Aïkma n°8
atelier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73,50 DH
118001181193

LOT : A51001
Exp : 12/2025

sablanca, le 14.12.2023

SANAI

SAROJI A.

28.10
D Kandol 1g x 2/5

S.V

10.10

2) PARANGAL 100×365

S.V

73.50
3) ~~Postbox~~ ~~Seallets~~

S.V

111, 70

URGENCES 24/24 مستعجلات

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 - CNSS : 6387246 - Patente : 36372350 - IE : 1087352



Casablanca, le 14/12/2023

Patient : SNAII SAADIA

Prescripteur: Dr EQUIPE REANIMATION

SCANNER CEREBRAL

TECHNIQUE : L'encéphale a été exploré par hélice de 3mm en contraste spontané.

RESULTAT:

Absence de lésion intra ou extra parenchymateuse décelable en sus ou sous tentoriel.

Système ventriculaire de taille et de morphologie normale.

Structures médianes en place.

FCP sans anomalie.

Citernes de la base libres.

CONCLUSION :

Scanner cérébral ne révélant pas d'anomalie.

Cordialement.

*Radiologie
Dar Salam S.C
728 Bd Modibo Keita
Casablanca*

Urgences 24/24

728, Bd Modibo Keita - الدار البيضاء 20100
728 شارع موديبوكيتا - الدار البيضاء 20100
📞 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma



FACTURE

Casablanca, le 14/12/2023

Facture N° 2036/2023

NOM PATIENT : S N A I I S A A D I A

DATE FACTURE : 14/12/2023

EXAMENS	MONTANT
TDM CEREBRALE: -----	mille cinq cents (1500 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE CINQ CENTS

REGLEMENT : TPE

RAYONNEMENT
DAR SALAM SSC
728, Bd Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24

728, Bd Modibo Keita - الدار البيضاء 20100 728
📞 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

CLINIQUE DAR SALAM

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 23L14140408

NOM DU PATIENT Mme SNAII Saadia

DATE D'ENTREE 2023-12-14 14:04:08

DATE DE SORTIE 2023-12-14 14:16:08

URGENCE
CLINIQUE DAR SALAM

Séjour : Du 14/12/2023 au 14/12/2023

Patient : Mme SNAII Saadia

N° Dossier : 23L14140408

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
GANTS JETTABLES MEDIUM	1,00 Dh	6	6,00 Dh
GLUCOMEN	8,00 Dh	1	8,00 Dh
INTRANULE ROSE G20	10,00 Dh	1	10,00 Dh
LANCETTE	2,00 Dh	1	2,00 Dh
PARACETAMOL 1000MG/10ML	14,08 Dh	1	14,08 Dh
PERFUSEUR	10,00 Dh	1	10,00 Dh
SERINGUE 10 CC	3,50 Dh	1	3,50 Dh
			53,58 Dh



CLINIQUE DAR SALAM

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 14/12/2023

DATE SORTIE : 14/12/2023 14h16

LE: 14/12/2023

DR. EQUIPE REANIMATION (ANESTH / REAN)

HONORAIRES : 400,00 Dh (QUATRE CENTS DIRHAMS)

PATIENT : MME SNAII SAADIA

signé et cacheté

Pr BOUDERKA My Ahmed
Professeur de l'Enseignement Supérieur
en Anesthésie Reanimation
Clinique Dar Salam, 128 Bd Modibokéita
Casablanca, Tel 05 22 85 14 14

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
202311358	14/12/2023	Mme SNAÏ Saadia	Payant	14/12/2023 14/12/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS SALLE			1	246,42	246,42
CONSOMMABLE			1	53,58	53,58
TOTAL CLINIQUE					300,00

AUTRES PRESTATIONS

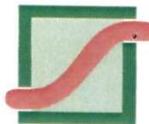
DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN)			1	400,00	400,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					400,00

Arrêtée la présente facture à la somme SEPT CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	700,00
---	----------------------	--------



URGENCES 24 / 24 مستعجلات

8, 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
tijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660857000058



Casablanca, le 11-12-2013

Mme S NAA'i SAADIA

4 TDM cérébrale

RADIOLOGIE
Dar Salam S.C.
728, Bd. Modibokéita
Casablanca

Pr BOUDEURKA My Ahmed
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chirurgie Anesthésie - Réanimation
Clinique Dar Salam 728 Bd Modibokéita
Casablanca Tél : 0522 8651414
URGENCES
Clinique DAR SALAM

مستعجلات URGENCES 24/24