

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 16710

adhérent
au
pour le
d'écart

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2742 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : H. D. J. A. Abdessamad
Date de naissance : 1957
Adresse : 112 Blvd Sidi Abderrahmane Les Abbes
Beausejour case
Tél. : 0661959599 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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.

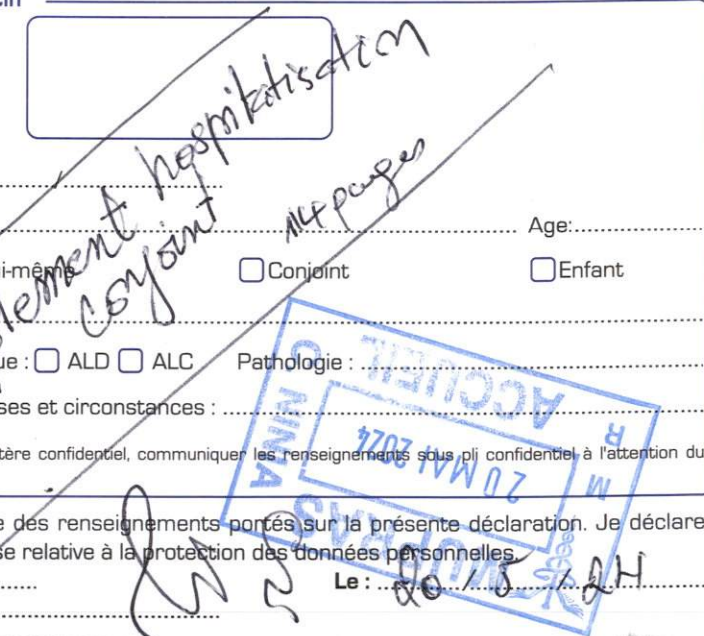
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 20/05/2019

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

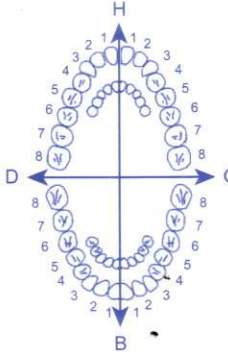
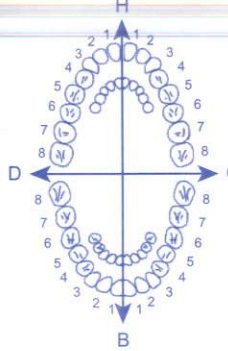
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G </div> <div>B</div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

FACTURE
N°202404484 b

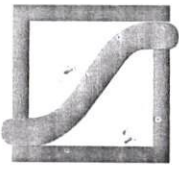
NOM ET PRENOM : Mme DAVEY PAULA JEAN
Médecin traitant : DR EQ REA MUT/ALIANZ
DU 29/04/2024 AU 03/05/2024

DESIGNATION	QT	P/U	TOTAL
15% PEC	1	3714,65	3714,65
DIFF MATERIEL	1	17000,00	17000,00
T O T A L		20714,65	

Soit : vingt mille sept cent quatorze dhs 65 cts.



URGENCES 24/24 مستعجلات



CLINIQUE DAR SALAM



FACTURE

ICE ALLIANZ-NEXTCARE : 001598437000023

Adresse ALLIANZ-NEXTCARE : 26, Angle boulevard Errachidi et Hassan I Casablanca

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202404484	03/05/2024	Mme DAVEY Paula Jean	ALLIANZ-NEXTCARE	29/04/2024	03/05/2024

N° Affiliation :

Référence prise en charge : CC2304241618/1

N° Matricule : 1400747

Adhérent

DAVEY Paula Jean

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
CHAMBRE			4	400,00	1 600,00
BLOC OPERATOIRE		Kc	220	25,00	5 500,00
PHARMACIE			1	2 544,98	2 544,98
TOTAL CLINIQUE					9 644,98

AUTRES PRESTATIONS

MATERIELS (PROTHE TOTALE DE HANCHE)			1	5 000,00	5 000,00
BASSIN DE FACE			1	220,00	220,00
DR. ANESTHESISTE(Anesthesiste)			1	3 300,00	3 300,00
PR. MESSOUDI(Traumatologue)			1	6 600,00	6 600,00
TOTAL AUTRUI					15 120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de VINGT-QUATRE MILLE SEPT CENT SOIXANTE-QUATRE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-HUIT CENTIMES



Total Facture	24 764,98
Part organisme	21 050,23
Part adhérent	3 714,75

URGENCES 24/24 مستعجلات

728, Bd Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax: +212 5 22 830 880 - CNSS : 6387246 - Patente : 36372350 - IF : 1087352

Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 0001225000000356 48 Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058

E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma

Séjour : Du 29/04/2024 au 03/05/2024
Patient : Mme DAVEY Paula Jean
N° Dossier : 24D29135233
Organisme : ALLIANZ-NEXTCARE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ACUPAN-20MG/2ML-INJ	5,94 Dh	12	71,28 Dh
ANDOL 1G INJ	17,60 Dh	12	211,20 Dh
BETADINE 125 ML	15,60 Dh	2	31,20 Dh
BETADINE MOUSSANTE SCRUB 125 ml	10,30 Dh	1	10,30 Dh
EPHEDRINE (30mg/10ml) INJ	8,70 Dh	2	17,40 Dh
EXACYL 0.5G/5ML INJ	5,54 Dh	4	22,16 Dh
GENTOSYL 160MG INJ	12,87 Dh	7	90,09 Dh
KEFZOL 1G INJ	18,70 Dh	2	37,40 Dh
LOVENOX 60MG INJ	51,25 Dh	4	205,00 Dh
OEDES 40MG/10ML INJ	46,60 Dh	7	326,20 Dh
PROFENID 100MG INJ	5,27 Dh	5	26,35 Dh
SERUM GLUCOSE 5% 500ML POCHE-INJ	13,10 Dh	6	78,60 Dh
SERUM SALE 0.9% 100ML POCHE-INJ	9,00 Dh	8	72,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE-INJ	12,30 Dh	6	73,80 Dh
TARGOCID 400 MG PERF	318,00 Dh	4	1 272,00 Dh
			2 544,98 Dh

POLYCLINIQUE
DARSALAM
728, Bd Moussinekeita
Casablanca - Tel: 0522 83 14 14
Fax: 0522 83 08 80



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE

Nom :

Date d'intervention : 30/04/2024

Prénom :

Mme DAVEY Paula Jean
Né le : 09/08/1963

Chirurgien : P. Menendi

Date naissance :

Admis le : 29/04/2024 13h52
Org : ALLIANZ-NEXTCARE

Médecin Anesthésiste : P. Boulouk

N° dossier :



Infirmier(e) Anesthésiste : Mohamed

K.Opératoire :

K 220

Aide opératoire : NATIB ABDELLAH

Nature de la chirurgie :

Arthroplastie

Panseur (se) :

MEHDI

Données préopératoires :

Coxarthrose droite → AFH

Compte Rendu :

85 AG (A 12 semaines de la patiente)
DLG - table Orthopédique - 2ppm
pubien et sacre - Absc
frotter - extenseur de l'os
25kg pour - luxation de la
tête fémorale - Osteotomie du col
fémoral. Préparation du cotyle
manuel et motorisé jusqu'à une
cupule JB MBR d'une Cupule
Cimentée fémur JB. Préparation
du fémur disséqué jusqu'à une
type fémur 12,5 - MBR d'une
tige fémur 12,5 cimentée - Essai 2000

URGENCES 24/24 مستعجلات

728, Bd Modibo keita Casablanca 20100 Maroc - Tél : +212 522 85 14 14 - Fax: +212 522 83 08 80 - C.N.S.S : 6387246 - Patente : 36372350

IF : 1087352 - Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 0001225000000356 48 Code Swift : BCMAMAMC

E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma

CLINIQUE DAR SALAM

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 29-04-2024

Date de sortie: 03/05/2024 09h00

DR. ANESTHESISTE

PATIENT : Mme DAVEY Paula Jean

HONORAIRES : 3 300,00 Dh
(TROIS MILLE TROIS CENTS DIRHAMS)

Docteur M-H MEKOUAR
Professeur d'Anesthésie Réanimation
CLINIQUE DAR SALAM

CLINIQUE DAR SALAM

NOTE D'HONORAIRE

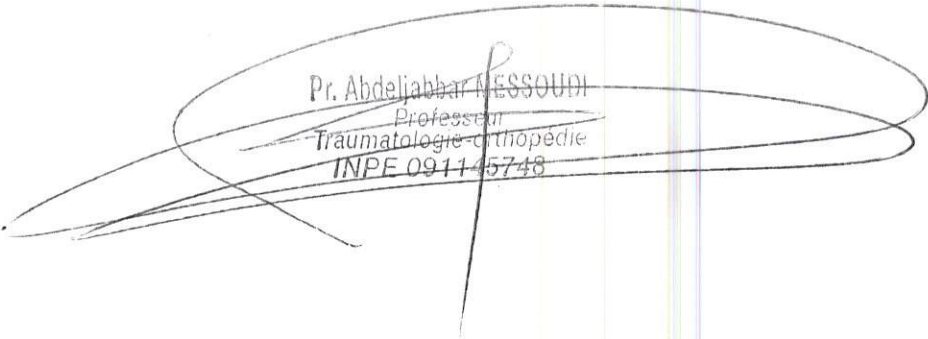
Date d'entrée: 29-04-2024

Date de sortie: 03/05/2024 09h00

DR. MESSOUDI Abdeljabbar

PATIENT : Mme DAVEY Paula Jean

HONORAIRES : 6 600,00 Dh
(SIX MILLE SIX CENTS DIRHAMS)



Pr. Abdeljabbar MESSOUDI
Professeur
Traumatologie-orthopédie
INPE 091145748

REFERENCE DU DOSSIER CC2304241618/1**Au nom du payeur: Allianz Maroc**

A: CLINIQUE DAR SALAM - Casablanca	De: Mr ACHRAF ANKIRA
Attention De: Admission Department	Division: Centre de Gestion
Fax Numéro: 0	Date: 23-Apr-2024 Temps: 19:33 Pages: 01

PATIENT:

Nom et prénom du patient: DAVEY PAULA JEAN - 6	Date de naissance: 09-Aug-1963
Politique No: 1400747	Date d'expiration: 01-Jan-2025
Police: GEORGE WASHINGTON ACADEMY	
Produit: GEORGE WASHINGTON ACADEMY 2022	Famille de Bénéfice: In-Patient
Numéro de carte Nextcare: 5587-C7DA-2CBC-5895	

ADMISSION

Nom du Médecin:
Hospitalisation Motif: Physical Illness
Date de soins: 23-Apr-2024

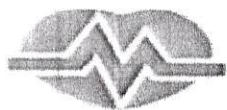
Prestations Requises:

Durée du Séjour: 0 Days	Payeur prioritaire:
Coût estimé (MAD) : 25502	
ACCORD DE PEC FOURNI A RAISON DE 85 % DES FRAIS REELS AVEC UN PLAFOND DE 25,502.00 DH	
LE CO-PART 20618.00 DH RESTE A LA CHARGE DE CLIENT.	
SOUS RESERVE DE PRESENTATION DE :	
*** Copie de la Carte NEXtCARE. *** Copie de la CIN. *** PEC cachetée et signée. *** Compte rendu des explorations. *** Compte rendu opératoire *** PPV et prospectus des médicaments . *** Résultat et facture des examens biologiques.	

IMPORTANT

- 1- In case of any modification to the above mentioned authorized procedures, NEXtCARE Claims Department should be notified asap to update the authorization letter as needed. Failure to notify us may result in non-settlement of the invoice(s) either partially or fully.
- 2- The authorization issued above is based on the information provided by the provider, in the event the information provided is erroneous or incomplete, NEXtCARE reserves the right to withdraw or cancel the approval retrospectively.
- 3- Copy of this authorization letter should be attached to the claim on time of claim submission for payment.
- 4- NEXtCARE reserves the right to approve payment against medical charges strictly related to the case authorized above. The final bill is subject to medical and financial auditing according to the appropriate International guidelines and local standards of appropriateness.
- 5- If you have any questions or require further information please contact our Call Centre 24 hours a day/7 days a week on tel. no +971 - 4 - 2708800 or fax on +971- 4- 3377178 or email to "precertsfollowup@nextcare.ae".

Cordialement
NextCare



AKO MEDIC Intégrateur de solution medical

Facture F 200155/2024

Clinique : Dar Salam
ICE : 001660857000058
casa

Date 30/04/2024

Mme: Davey Paula Jean

Référence	Désignation	Qté	P.U	P.T
02201158	Ecotif 2M Cotyle Cimenté 58mm	1		
29053252	Ecotif 2M Insert 32/52 mm	1		
23873210	Tête Femorale 32mm/M	1		
30396125	Tige Cimenté 12,5mm	1		
C0401406	Ciment	2	22 000,00	22 000,00
33487	Trousse	1		
P11110103	Casaque	2		
25447	Stéridrap	1		
			Total HT	18 333,33
			TVA 20%	3 666,67
			Total TTC	22 000,00

Arrêté à la Somme de: Vingt Deux Mille Dirhams TTC

AKO MEDIC
165 Immeuble 2
165 Immeuble 165 Immeuble
165 Immeuble 165 Immeuble
165 Immeuble 165 Immeuble
165 Immeuble 165 Immeuble

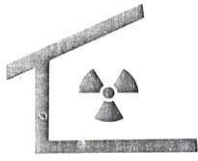
www.akomedic.com

Bd. Abdelmoumen 165 Immeuble champs centre N° 67 - Casablanca

05 20 24 40 70 / 06 87 95 61 00 akhazilbeuchra@gmail.com

R.C.: 509799 / PATENTE: 32965710 / I.F.: 50355334 / CNSS: 2701704 / ICE: 002787294000027

Visa Responsable



Casablanca, le 01/04/2024

Patient : **Mme PAULA JEAN DAVEY**

Prescripteur: **Pr MESSOUDI ABDELJABBAR**

RX DU BASSIN FACE

Important pincement de l'interligne articulaire coxo-fémorale droite avec aspect irréguliers et condensé des berges articulaires.

Pincement modéré de l'interligne articulaire coxo-fémorale gauche.



Becs ostéophytiques marginales.

Aspect de sacro-iliite arthrosique bilatérale prédominante du coté droit.

Cordialement. **Dr ANDALOUSSI**



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

Urgences 24/24

 **TEKNIMED S.A.S**  **2797**
8, rue du Corps Franc Pommies
65500 Vic en Bigorre - FRANCE



Teknimed
8 rue du Corps Franc Pomiès
65500 Vic en Bigorre - France

 **TEKNIMED S.A.S**  **2797**
8, rue du Corps Franc Pommès
65500 Vic en Bigorre - FRANCE

Teknimed
8 rue du Corps Franc Pommiers
65500 Vic en Bigorre - France

01 04048844025090 (17) 280131 (10) 22140DA099

(01) 04048844017125 (17) 280105 (10) 1832534-0000

(01) C404B844218164 (17) 271222 (10) 22051GN057

Kite 500 (+), 1000 2000 (-)
 1000 in 1000 to 1000 1000
 Tete 1000 (+), 1000 1000
 Reduction - 1000
 1000 1000 - 1000/1000
 1000 1000

SIGNE