

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2288

Société :

45832

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LEMAIZI NOUREDDINE

Date de naissance :

10/08/1953

Adresse :

336, Bd EL FIDA CASABLANCA

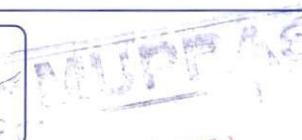
Tél. : 0665600068

Total des frais engagés : 15.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :
Age :
10/11/2013

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :
ACQUEL

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : h

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

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
RADIOLOGIE Dar Salam S.C 728, Bd. Modibo Keita Casablanca	09/10/20		1500/100 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

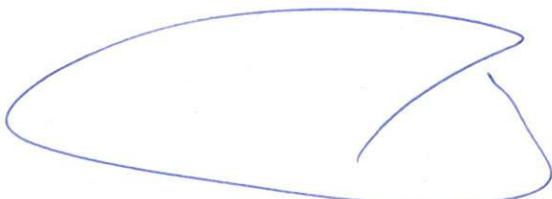


مَسْجِدَة دَار السَّلَام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

Camille Noirelme
Tym Throat

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



URGENCES 24 / 24 ~~دَار السَّلَام~~

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.F. : 1087352



FACTURE

Casablanca, le 09/10/2020

Facture N° 6148/2020

NOM PATIENT : LEMAIZI NOUREDDINE

DATE FACTURE :09/10/2020

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

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

REGLEMENT : VIREMENT

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

Urgences 24/24

728 شارع موديبوكيتا - الدار البيضاء 20100
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 09/10/2020

Patient : **LEMAIZI NOUREDDINE**
Prescripteur: **EQUIPE REANIMATION**

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE : Acquisition volumique avec une collimation de 16 x 0.75 mm sans injection de PDC. Reconstructions multiplanaires.

RESULTAT :

Transparence normale des parenchymes pulmonaires, sans anomalie architecturale ni lésion focale.

Absence de bronchectasie ou de bulle d'emphysème.

Absence d'épanchement pleural.

Aspect normal du médiastin sans adénomégalie notable.

Opacification normale des vaisseaux médiastinaux.

Sur les coupes passant par le foie ; on note la présence d'un épanchement péritonéal, avec une dysmorphie hépatique

CONCLUSION :

Scanner thoracique ne révélant pas d'anomalie.

Conseillement.
RADIOPASSO
Dar Salam
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24

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