

## 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 checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3119	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL ALAOUI RACHID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 62 08 88 36	Total des frais engagés :	1110019857 550 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :	<i>Dr EL YOUNSI MUSTAPHA 203 Hepato Gastro Entérologie Tel: 0522 36 07 00/01 Fax: 0522 36 07 01/02 C. 0522 36 07 01/02</i>		
Date de consultation :	19	107	19/07/2013
Nom et prénom du malade :	EL ALAOUI Rachid		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Douleur Abdome		
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 : *El Jadida* Signature de l'adhérent(e) : *Rachid*  
Le : *19/07/2013*



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

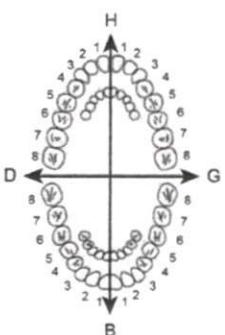
Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ADILIA Dar Salam 28.10.2013 Usab	19/07/23	Voir facture ci-jointe	2866,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

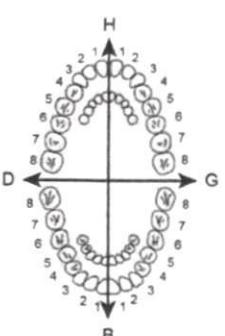


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

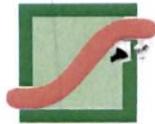
FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAIL

### MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



مَسْجِد دَار السَّلَام  
CLINIQUE DAR SALAM

J. EL Aitouni  
R. Hachani

Casablanca, le 19/07/2023

Douloures abdominales  
récentes

Hernie inguinale gauche  
irréductible

Dr. EL YOUSFI Hassane  
Hepato Gastro Entérologue  
203, Boulevard Zerkouni  
Tél: 0522 36.01.80  
Fax: 0522 36.01.74

RADIOLOGIE  
Dar Salam SC  
728, Bd Modibo Keita  
Casablanca

J. H.

URGENCES 24/24



Casablanca, le 19/07/2023

Patient : **EL ALAOUI RACHID**

Prescripteur: **Dr EL YOUNSI MUSTAPHA**

## **SCANNER ABDOMINO PELVIEN**

**TECHNIQUE :** Spirale de 2 mm sans et avec injection de PDC. Reconstruction multiplanaire.

### **RESULTAT :**

Epaississement pariétal circonférentiel et régulier prenant le contraste du cadre colique mesurant 7mm d'épaisseur maximale.

Distension colique siège d'une stase stercorrhale sans NHA.

Foie homogène de taille normale, sans lésion focale décelable en contraste spontané VB pleine paroi fine.

Absence de dilatation des VBIH et VBEH.

Rate et pancréas homogènes de volume normal.

Reins en place d'aspect fonctionnel et morphologique normaux.

Absence de masse ou de collection abdomino pelvienne.

Absence d'adénopathies profondes de taille significative.

Vessie semi pleine à contenu homogène.

Hypertrophie prostatique sans retentissement sur le haut appareil urinaire.

Absence d'ascite.

Hernie inguinale directe à contenu graisseux et vesical dont le collet mesure 13mm.

Petite hernie ombilicale à contenu épiploïque dont le collet mesure 6mm.

### **CONCLUSION :**

**Aspect TDML pouvant être en rapport avec une colite inflammatoire sans syndrome occlusif : A confronter au reste du bilan.**

**Hernie inguinale gauche directe à contenu vésical.**

**Hernie ombilicale à contenu épiploïque.**

**Hypertrophie prostatique sans retentissement sur le haut appareil urinaire.**

Cordialement. **Dr CHAREF**



# FACTURE

Casablanca, le 19/07/2023

Facture N° 1170/2023

NOM PATIENT : EL ALAOUI RACHID

DATE FACTURE : 20/07/2023

EXAMENS	MONTANT
TDM ABDOMINO-PELVIENNE: -----	deux mille huit cent soixante six (2866 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX MILLE HUIT CENT SOIXANTE SIX

REGLEMENT : CHEQUE N°

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

**Urgences 24/24**

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



مَسْجِدُ دَارِ السَّلَامِ  
CLINIQUE DAR SALAM

جَرْبَةِ سَلَامٍ  
RACHID

Casablanca, le 19.1.2023

① سَفِينَ جَوَافِعَ

18x 21 pendant  
الْجَوَافِعَ

② زَرْدَلَ جَوَافِعَ

18x 21 pendant  
الْجَوَافِعَ

URGENCE  
Clinique DAR SALAM

Dr. El Youssfi  
Endocrinologist  
Repatriation Center  
Boulevard Zerktouni  
Casablanca  
Tel: 0522 16.01.74  
Fax: 0522 16.01.74

مستعجلات URGENCES 24/24

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## FACTURE

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202305705	19/07/2023	M. EL ALAOUI Rachid	Payant	19/07/2023	19/07/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS SALLE			1	200,00	200,00
PHARMACIE			1	150,00	150,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					350,00

### AUTRES PRESTATIONS

<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					0,00

Arrêtée la présente facture à la somme <b>TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	350,00
---	----------------------	--------



Séjour : Du 19/07/2023 au 19/07/2023

Patient : M. EL ALAOUI Rachid

N° Dossier : 23G19124806

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSE 10x10(10)	9,00 Dh	1	9,00 Dh
GANTS JETTABLES MEDIUM	1,20 Dh	8	9,60 Dh
GLUCOMEN	8,00 Dh	1	8,00 Dh
GLUCONATE DE CALCIUM 1G 10ML	3,63 Dh	1	3,63 Dh
INTRANULE ROSE G20	15,00 Dh	1	15,00 Dh
LANCETTE	2,00 Dh	1	2,00 Dh
NO-SPA 40MG/2ML INJ	6,40 Dh	2	12,80 Dh
PERFUSEUR	10,00 Dh	1	10,00 Dh
POTASSIUM 10ML INJ	2,80 Dh	1	2,80 Dh
SERINGUE 10 CC	3,50 Dh	1	3,50 Dh
SERUM GLUCOSE 5% 500ML POCHE-INJ	14,90 Dh	1	14,90 Dh
SERUM SALE 0.9% 250ML POCHE-INJ	9,90 Dh	1	9,90 Dh
SONDE SALEM CH16	50,00 Dh	1	50,00 Dh
			151,13 Dh


  
**URGENCE**  
 Clinique DAR SALAM