

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

W21-830757

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13045 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bouziane Salma AG/1609
 Date de naissance : 16.02.1987
 Adresse : 461, lotissement Laimaune Casablanca
 Tél. : 0675221576 Total des frais engagés : 1307,87 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BOUZIANE SALMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Voir Compte rendu d'hospitalisation
 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 : Casa Le 22/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

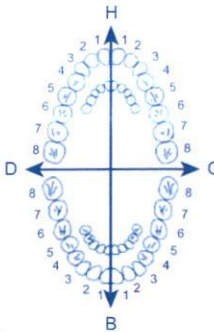
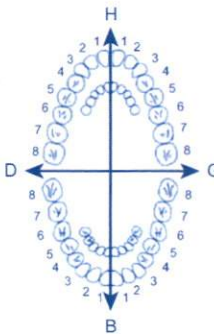
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
					Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> G 21433552 00000000 B </div> </div>				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires </div> <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

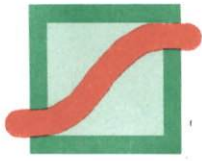


CLINIQUE DAR SALAM

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	23Lo8183745
NOM DU PATIENT	Mme BOUZIANE Salma
DATE D'ENTREE	2023-12-08 18:37:45
DATE DE SORTIE	2023-12-09 10:00:00

POLYCLINIQUE
DAR SALAM
726, Bd. Mohammed VI
Casablanca - Tél: 0522 85 14 14
Fax: 0522 83 08 80



Compte Rendu D'hospitalisation

Identification du patient :

Nom & Prénom : Bouziane Salma

Date de naissance : 16/02/1987

N° D'entrée : 23L08183745

Date D'entrée : 08/12/2023 Date sortie : 09/12/2023

Motifs d'hospitalisation :

Trouble anxieux et douleur.

Antécédents :

Hystérectomie.

Examen clinique

La patiente présente des douleurs et des troubles anxieux d'intensité croissante.

Pression artérielle= 130/70mmHg, fréquence cardiaque à = 78 BPM, SPO2=98%, température = 37.2° C pas de souffle à la l'auscultation cardiaque et pulmonaire.

Traitement :

Patient hospitalisée pour anxiolyse , elle a reçu du magnésium et du midalozam IV , Andol 1g x3/J, oedes 1 ampoule en perfusion.

Evolution

Elle est marquée par une légère amélioration et sur sa demande, la patiente est déclarée sortante le lendemain le 09/12/2023.

Casablanca le 12/12/2023

Pr BOUDERKA My Ahmed
Professeur de l'Enseignement Supérieur
en Anesthésie - Réanimation
Clinique Dar Salam, 728 Bd Modibo Keita
Casablanca Tel : 05 22 85 14 14

CLINIQUE DAR SALAM

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 08-12-2023

Date de sortie: 09/12/2023 10h00

DR. EQUIPE Reanimation

PATIENT : Mme BOUZIANE Salma

HONORAIRES : 300,00 Dh
(TROIS CENTS DIRHAMS)

Dr. ABASSI Omar
PROFESSEUR
Anesthésie Réanimation
CLINIQUE DAR SALAM
CASABLANCA

Séjour : Du 08/12/2023 au 09/12/2023
 Patient : Mme BOUZIANE Salma
 N° Dossier : 23L08183745
 Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
GANTS JETTABLES MEDIUM	1,00 Dh	6	6,00 Dh
GLUCOMEN	8,00 Dh	2	16,00 Dh
GLUCONATE DE CALCIUM 1G 10ML	3,63 Dh	1	3,63 Dh
INTRANULE ROSE G20	10,00 Dh	2	20,00 Dh
LANCETTE	2,00 Dh	1	2,00 Dh
OEDES 40 MG/5 FL	49,80 Dh	2	99,60 Dh
PARACETAMOL 1000MG/10ML	14,08 Dh	3	42,24 Dh
PERFUSEUR	10,00 Dh	1	10,00 Dh
SERINGUE 10 CC	3,50 Dh	3	10,50 Dh
SERUM GLUCOSE 5% 500ML POCHE-INJ	14,00 Dh	2	28,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE-INJ	13,10 Dh	4	52,40 Dh
SULFATE DE MAGNESIUM-15% (0.15G/ML)-INJ	2,50 Dh	3	7,50 Dh
TEGADERMS 6CMX7CM	10,00 Dh	1	10,00 Dh
			307,87 Dh

POLYCLINIQUE
DARSALAM
 728, Bd. Moudibakeita
 Casablanca - Tél: 0522 85 14 14
 Fax: 0522 83 08 80



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202311154	09/12/2023	Mme BOUZIANE Salma	Payant	08/12/2023	09/12/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
CHAMBRE SIMPLE			1	400,00	400,00
ACCOMPAGNANT			1	300,00	300,00
PHARMACIE			1	307,87	307,87
TOTAL CLINIQUE					1 007,87

AUTRES PRESTATIONS

DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN)			1	300,00	300,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					300,00

Arrêtée la présente facture à la somme MILLE TROIS CENT SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEPT CENTIMES	TOTAL GENERAL	1 307,87
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	----------

Payé en Espèce JPE
Le: 09/12/23

POLYCLINIQUE
DAR SALAM
728, Bd. Moudibokeita
Casablanca - Tél: 0522 85 14 14
Fax: 0522 83 08 80

URGENTES 24/24 مستعجلات