

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 042491

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM 202215

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHAMMARTI MOHAMMADI

Date de naissance : 28/12/51

Adresse : Lot GYNER Rue S N°5 OASIS CASABLANCA

Tél. : 066149152 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Salwa NADIR
Hôpital de Spécialité
Pratiquant de Spécialité
Clinique de Spécialité
128, Bd. Mohammed VI Casablanca - Tél. 0522 06 27 27 / 05 14 14

Date de consultation : 15/04/2024

Nom et prénom du malade : GHAMMARTI MOHAMMADI Age : 73

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AFFECTION DIGESTIVE

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 : 15/04/24

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/04/24	voir facture à-jointe		1850,00	Dr. SAWA NADIR Professeur Spécialiste en Endodontique - Pédiatrie

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 MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

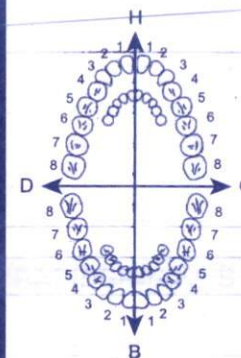
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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
-----------------	----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
Echographie et Endoscopie Digestives
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr - Mme : Ghannane Nohamadi

• Age : Née en 1971

• Renseignements cliniques :

Hépatite virale / alcool
et auto-immune

Faire faire :

- ☐ Une échographie hépatobiliaire
- ☒ Une fibroscopie oesogastroduodénale (+biopsies)
- ☐ Une colonoscopie (+biopsies)
- ☐ Un entéro-scanner
- ☐ Une entéro-IRM
- ☐ Un scanner abdominal
- ☐ Une cholangio-IRM
- ☐ Autre :

Professeur G. Nadir
Pratiquant
120, Bd. Moulay Idriss 1er, Casablanca
Tél : 05 22 86 34 39 - Fax : 05 22 86 27 86
Date : 22/05/14

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 -
مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14 -
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14

الموقع الإلكتروني : www.prnadirsalwa.com / www.prnadirsalwa.ma - البريد الإلكتروني : salwanadir@yahoo.fr - E-mail :

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, Le 16/04/2024

Le Docteur NADIR SALWA

a l'honneur de présenter ses compliments à

M GHAMMARTE MOHAMMADI

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de :

200,00 DHS

CACHET ET SIGNATURE

Jr. Salwa NADIR
Professeur
Spato - Gastro - Endocrinologie - Proctologie



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	
202403720	16/04/2024	M. GHAMMARTE Mohammadi	Payant	16/04/2024	16/04/2024

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FIBROSCOPIE			1	1 650,00	1 650,00
TOTAL CLINIQUE					1 650,00

AUTRES PRESTATIONS

DR. NADIR SALOUA(Gastrologue)			1	200,00	200,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					200,00

Arrêtée la présente facture à la somme

MILLE HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS

TOTAL GENERAL

1 850,00



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



Casablanca, le 16 Avril 2024

- **Nom +Prénom** : Mr GHAMMARTE MOHAMED
- **Age** : Né en 1951
- **Anesthésiste** : Dr CHEHLAOUI
- **Aide** : Mme GHFARA
- **Nature de l'examen** : Fibroscopie oesogastroduodénale
- **Examen réalisé sous neuroleptanalgie , avec un vidéoendoscope Olympus EXERA CLV 190**

COMPTE RENDU

- **Œsophage** : Cardia à 39cm des arcades dentaires, siège d'érosions cardiales. Petite hernie hiatale par glissement. Muqueuse œsophagienne d'aspect normal.
- **Estomac** : Gastrite antrale érythémateuse, pétéchiiale à prédominance prépylorique sans perte de substance .Muqueuse fundique d'aspect normal. On s'abstient de faire des biopsies : patient sous anticoagulants.

Pylore facilement franchi.

- **Bulbe-DII** : Bulbite sans perte de substance. Muqueuse duodénale d'aspect normal.
- **Conclusion** : -Hernie hiatale+Erosions cardiales
-Gastrite antrale
-Bulbite

Pas de lésion oesogastroduodénale susceptible d'expliquer les
hématémèses

URGENCES 24/24 مستعجلات

CLINIQUE DAR SALAM

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 24D16074059

NOM DU PATIENT M. GHAMMARTE Mohammadi

DATE D'ENTREE 2024-04-16 07:40:59

DATE DE SORTIE 2024-04-16 09:00:00

POLYCLINIQUE DAR SALAM
728, Bd. Modibo Keita - Casa
Tél: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 83 08 80