

# 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.

## Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



32673

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012049

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BASDAD KARIN Date de naissance : 2/08/65

Adresse : RUE 3 villa 35 Bd ABU RAYHAN EL OUVR

Tél. : 0661306662 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ASMAA WATIK  
Specialiste en Rhumatologie  
Echographie - Kinesithérapie  
Casablanca  
Tél : 05 22 11 89 30

Date de consultation : 08/05/2020

Nom et prénom du malade : BASDAD KARIN Age :

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

Nature de la maladie : Aff. Rhumatologique

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) : [Signature]



# 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                                                       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8/5/2020        | C3                |                       | 310,00                          | Dr. ASMAA WATIK<br>Spécialiste en Rhumatologie<br>Echographie - Kinésithérapie<br>Casablanca<br>Tél : 05 22 71 89 30 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                           | Date       | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE LA DURANCE<br>Dr. EL ATIAH SOFI Sanse<br>N°15 Rue La Durance-Polo<br>Casablanca<br>Tél: 05 22 85 66 72 | 08/05/2020 | 157,80                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

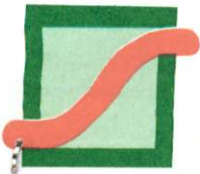
Important :

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

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     | MONTANTS DES SOINS |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                     |                     | DATE DU DEVIS      |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATE DE L'EXECUTION |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 08/05/20

MR BAGDAD KARIM

65,00

1/ ORAPRED 20 mg  $\times 3j$   
3 cp le matin aprs rep  $\times 3j$

30,00

21- DOLTRAM 50 mg

1/2 cp  $\times 3$  aprs rep  $\times 3j$

49,40

31- COLTRAX 50 mg

13,40

1 cp  $\times 21j$  aprs rep  $\times 3j$

45

COLCHICINE 1 mg  $\times 21j$  aprs rep  $\times 3j$   
1 cp le soir  $\times 1$  boite

URGENCES 24/24 مستعجلات

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

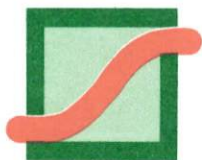
www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

Exp :  
PPV  
N° LOT :

73,40

49,40

85,00



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 08/05/20

M<sup>R</sup> BAGDAD KARIM

NFS

VS / CRP

Créatininémie + clearance MDRD

Ur.émie

Facteur Rhumatoïde

25 OH vit D<sub>2</sub> D<sub>3</sub>

Dr. ASMAA WATIK  
Spécialiste en Rhumatologie  
Echographie - Kinésithérapie  
Casablanca  
Tél : 05 22 71 89 30

URGENCES 24 / 24 مستعجلات



# F A C T U R E

| Numéro Facture | Date Facture | Nom du patient  | Prise en charge | Période hospitalisation |            |
|----------------|--------------|-----------------|-----------------|-------------------------|------------|
| 202005060      | 08/05/2020   | M. BAGDAD Karim | Payant          | 08/05/2020              | 08/05/2020 |

| Désignation des prestations | Observation | Lettres Clé | Nbre | Prix Unitaire | Montant DH |
|-----------------------------|-------------|-------------|------|---------------|------------|
| FRAIS CLINIQUE              |             |             | 1    | 50,00         | 50,00      |
| <b>TOTAL CLINIQUE</b>       |             |             |      |               | 50,00      |

## AUTRES PRESTATIONS

|                                 |  |  |   |        |        |
|---------------------------------|--|--|---|--------|--------|
| DR. WATIK ASMAA(Rhumatologue)   |  |  | 1 | 250,00 | 250,00 |
| <b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b> |  |  |   |        | 250,00 |

|                                                                      |                      |               |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme<br><b>TROIS CENTS DIRHAMS</b> | <b>TOTAL GENERAL</b> | <b>300,00</b> |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|

  
 SERVICE URGENCES  
 CLINIQUE DAR SALAM  
 Tél: 05 22 82 14 14