

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **aladie 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



# Déclaration de Maladie

Nº P19- 057192

43033

Autres

Optique

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8767 Société : AAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AZIZ Bencharz

Date de naissance : 06.03.58

Adresse : 50000

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-057192

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 |

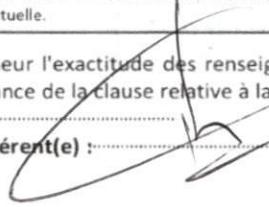
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule:	8X67	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	
Nom & Prénom : A222 Baumgärtel			
Date de naissance : 06-03-68			
Adresse : Casablanca 11000 Amman Al-Habib			
Boulevard Casablanca			
Tél. : 0661 217333 Total des frais engagés : Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Dr OUZIF Mohamed Amine Chirurgie Orthopédiste N° 2, Immeuble Addamane Bd Alnodeb, Ain Chock-Casablanca Tél. 05 22 27 33 45 / 0661 67 16 41			
Date de consultation : 10/07/2020			
Nom et prénom du malade : A222 Baumgärtel Age: 52			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Proctite et colitis			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 06 OCT. 2020			
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) : 



#### **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
11/07/10	CS		6	INP : 09 Mohamed Azzedine Dr OUZIF Mohamed Azzedine Chirurgie, Traumatologie et Orthopédie n° 2 Jannat, 24 Rue Addamane Bd Alpedj'Ain Casablanca Tel: 0522 87 33 57 / 0661 67 14 41

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MÉTROPOLE	10/07/16	150

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

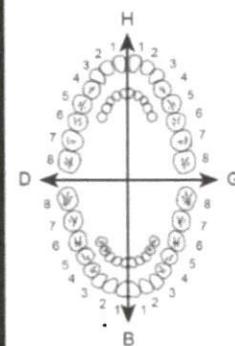
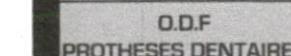
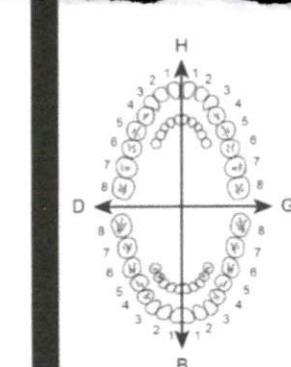
Cachet et signature du Laboratoire et/ou Radiodiffusion	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>RADIO TUNISIE</b> <b>Dar Salam S.C.</b> <b>728 Bd. Modibokéita</b> <b>Casablanca</b>	10/07/2020	Re. Mains de face + Profil	300,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

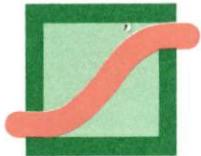
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



VISA ET CACHET DU BRICOLIER ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
<hr/>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
n	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	



مَسْجِدَة دَار السَّلَام  
**CLINIQUE DAR SALAM**

Casablanca, le 10/07/2010

AZIZ BOUKHARIS

Rx de loc main gache  
(F, 3/4)

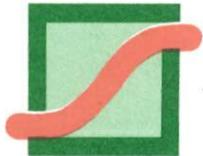
RADIOLOGIE  
S.C.  
Dar Salam  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

CLINIQUE  
DAR SALAM  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca  
Tél: +212 5 22 830 880

Dr OUZIF Mohamed Amine  
Chirurgien Traumatolo Orthopédiste  
A.Z Imin, 34 Rés Addamane  
Bd Abdou, Ain Chock Casablanca  
Tél: 0522 87 33 57 / 0661 67 14 41

URGENCES 24/24 مُعْجَلَاتٌ

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



مَسْجِدَة دَار السَّلَام  
**CLINIQUE DAR SALAM**

Casablanca, le

10/07/10

Dr BOUKHRI'S ARIZ

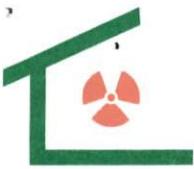
E C G

Dr. ABDELMATIK L.  
Anesthésie - Réanimation

POLYCLINIQUE  
DAR SALAM  
Casablanca - 30300 Casablanca  
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

مستجدات 24 / 24 URGENCES

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



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADILOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

## FACTURE

Casablanca, le 10/07/2020

Facture N° 5434/2020

NOM PATIENT : BOUKHRIS AZIZ

DATE FACTURE : 21/07/2020

EXAMENS	MONTANT
MAIN DE FACE+PROFIL: -----	trois cents (300 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : TROIS CENTS

REGLEMENT : ESPECES

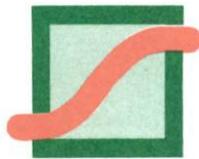
**RADIOLOGIE**  
*Dar Salam S.C.*  
*728, Bd. Modibokéita*  
*Casablanca*

**Urgences 24/24**

728 Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء

05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079



**FACTURE**

**N°202007867/19**

**NOM ET PRENOM : M.BOUKHRIS AZIZ**

**Médecin traitant : DR.MESSOUDI      MUT/WAFA ASSU**

**10/07/2020**

<b>DESIGNATION</b>	<b>QT</b>	<b>P/U</b>	<b>TOTAL</b>
ECG	1	150	150
<b>T O T A L</b>			<b>150,00</b>

**Soit : cent cinquante dirhams .**

Payé en Espèce  
Le:...../...../2020

POLYCLINIQUE  
Casablanca - 2 Mars - RIB : 007 780 000122500000356 48 Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058  
Casablanca - 2 Mars - RIB : 007 780 000122500000356 48 Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058

**مستعجلات 24 / 24      URGENCES 24 / 24**



مختبر الأشعة تحت الحمراء دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADILOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Casablanca, le 10/07/2020

Mme BOUKHRIS AZIZ

MEDECIN TRAITANT : Dr OUZIF

**RX MAIN GAUCHE**

**FACE + OBLIQUE**

-Fracture de la 5ème métacarpe gauche.

- Absence de luxation.

- Minéralisation osseuse normale.

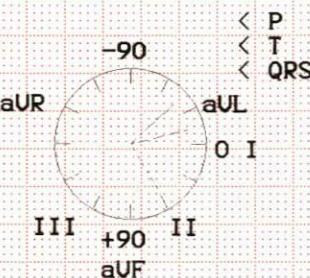


**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع محمد بن عبد الله بن مدين كيطة - الدار البيضاء  
05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniqueperso.dcm.ma  
ICE : 001660867000079

## Résultats mesures:

QRS : 92 ms  
 QT/QTcB : 388 / 409 ms  
 PQ : 180 ms  
 P : 116 ms  
 RR/PP : 882 / 895 ms  
 P/QRS/T : 58/ -43/ -15 degrés



## Interprétation:

CASQUETTE-TEC 728, Bd Molière 22631414  
 POLYCLINIQUE DARS

rapport non confirmé .

