

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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19-057192

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767 Société : AAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : AZIZ Bouchra
Date de naissance : 04-03-68
Adresse : Casablanca
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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-542631

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8567 Société :
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**
 Nom & Prénom : A. Z. Bannix
 Date de naissance : 06-03-68
 Adresse : Casablanca, Casablanca
 Tél. : 0661 217358 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2020
 Nom et prénom du malade : A. Z. Bannix Age : 52
 Lien de parenté : ☐ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**
 Nature de la maladie : Fracture de la hanche
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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

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
10/07/20	CS		6	INP : 09/13/30661 67 14 41 Dr OUZIF Mohamed Amine Chirurgie Traumatologie n°2 km1, 24 Res Addamane Bd Algees, Ain Chock Casablanca Tél: 0522 87 33 57 / 0661 67 14 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/07/20

150,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue
RADIOLOGIE
Dar Salam S.C
728, Bd Mohammed VI
Casablanca

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

10/07/2020 la main de

300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

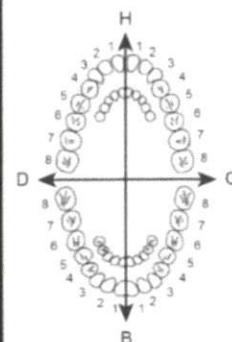
IM

IV

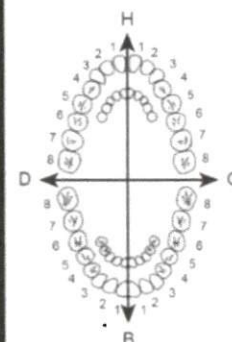
Montant détaillé des Honoraires

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
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

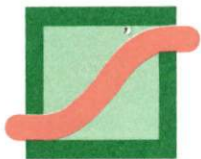
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 10/07/2010

AZIZ BOUKHARIS

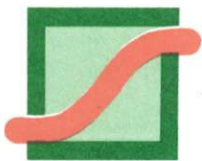
Rx de la main gauche
(F, 3/4)

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

CLINIQUE
DAR SALAM
728, Bd. Modibou Keita
Casablanca
Tél: +212 5 22 851 414 - Fax: +212 5 22 830 880

Dr. OUZIF Mohamed Amine
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
N°2 Imm. 34 Rés Addamane
Bd Agouds, Ain Chock-Casablanca
Tél: 0522 87 33 57 / 0661 67 14 41

URGENCES 24 / 24 مستعجلات



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 10/07/20

Dr ZOUKHRI'S AZIZ

E C G

Dr. ABDERRAFFIK ZOUKHRI
Anesthésie - Réanimation

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

URGENCES 24 / 24 مستعجلات



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

FACTURE

Casablanca, le 10/07/2020

Facture N° 5434/2020

NOM PATIENT : B O U K H R I S A Z I Z

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

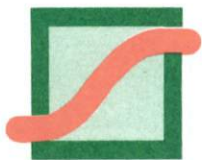
RADIOLOGIE
Dar Salam S.C
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca

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



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

FACTURE

N°202007867/19

NOM ET PRENOM : M. BOUKHRIS AZIZ

Médecin traitant : DR. MESSOUDI MUT/WAFA ASSU

10/07/2020

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

Soit : cent cinquante dirhams.

Payé en Espèce
Le: 10/07/2020

CLINIQUE
DAR SALAM
Casablanca - Tél: 0522 851 414
Fax: 0522 830 880
C.N.S.S. : 6387246

URGENTES 24 / 24 مستعجلات



مركز التصوير بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE 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.

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

Urgences 24/24

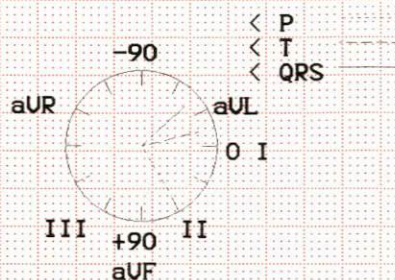
728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء شارع موديبو كيتا - 728

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

POLYCLINIQUE
DAR S
728, Bd M
Casablanca - Tél. 2285 1414
Fax: 0522 2285 1414

rapport non confirmé .

