

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **130709** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEN YOUSSEF ABDELMAJID**

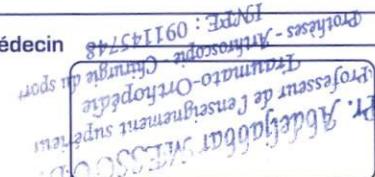
Date de naissance : **04/02/1952**

Adresse :

Tél. : **06 29 2109 1218** Total des frais engagés : **600.DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/09/2022**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

Foetus

Enfant

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 : **21/09/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **B.**

RELEVE 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
07/09/22	V	Vg	Montant total : 842,75 Montant par acte : 842,75 Actes : Anesthésie - Opération Thérapies - Consultation au patient Téléconsultation Assurance maladie Montant à verser au Médecin : 842,75	

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
RADIOLOGIE DarSalem S.C 728, Bd Modiboketta Casablanca	07/09/22	Voir facture ci-jointe	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, 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 —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Abdeljabbar MESSOUDI

Professeur de l'Enseignement Supérieur

Traumatologie - Orthopédie

Chirurgie prothétique

Chirurgie de la main

Arthroscopie

Medecine de sport



الدكتور عبد الجبار المسعودي

أستاذ التعليم العالي

جراحة العظام و المفاصل

الجراحة التقويمية

جراحة البد

الجراحة بالمنظار

الطب الرياضي

Casablanca, le

٢٩١٢٥

الدار البيضاء

M^{me}

Bel Oussema

A *

Project

Smile

E

**TRAUMATOLOGIE
Dar Salam S.C.
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca**

Dr. Abdeljabbar MESSOUDI
Professeur de l'enseignement supérieur
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie prothétique - Chirurgie du sport
Généraliste : 091457418

مصلحة جراحة العظام و المفاصل (مصلحة 32) المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
مصحة دار السلام - 728 شارع موديبوكو - الدار البيضاء - الهاتف: 06 61 06 58 02

Service de Traumatologie - Orthopédie (Pavillon 32) CHU Ibn Rochd - Casablanca
Clinique Dar Salam - 728, Bd. Modibo Keita - Casablanca - Tél : 06 61 06 58 02



FACTURE

Casablanca, le 07/09/2022

Facture N° 1827/2022

NOM PATIENT : **B E L K H O U D A F A T I H A**

DATE FACTURE :07/09/2022

EXAMENS	MONTANT
POIGNET F/P: -----	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
© 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

Casablanca, le 07/09/2022

Patient : **BELKHOUDA FATIHA**

Prescripteur: **Dr MESSOUDI ABDELJABBAR**

RADIOGRAPHIE DU POIGNET GAUCHE FACE ET PROFIL

Fracture non articulaire de l'extrémité inférieure du radius.

Matériel d'ostéosynthèse en place.

Déminéralisation osseuse diffuse.

Absence de lésion ostéocondensante ou ostéolytique suspecte.

Cordialement, Dr NEJHY

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

Urgences 24/24

728 شارع موديبوكيتا - الدار البيضاء 20100

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

ICE : 001660867000079

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202208045	07/09/2022	Mme BEL KHAOUEDA Fatiha	Payant	07/09/2022 / 07/09/2022

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
TOTAL CLINIQUE					50,00

AUTRES PRESTATIONS

DR. MESSOUDI(Traumatologue)			1	250,00	250,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					250,00

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL					300,00
--	----------------------	--	--	--	--	--------

URGENCE
Clinique DAR SALAM

مستعجلات 24 / 24

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 -Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F.: 1087352
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660857000058