

# 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0015369

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK Saad Date de naissance : 24.04.1953

Adresse : 13 Rue OURIKA HAY SALAM CASA

Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Abdelmabi JOUAL  
Chirurgien Urologue  
416, Bd Abdelmoumen Imm A, N°13  
Casablanca Tel : 0522 98 98 12/22  
Fax : 0522 98 98 22

Date de consultation : 27.05.2019

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Tumeur rénale droite

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 : 27.05.2019

Signature de l'adhérent(e) : 

## **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
27/05/18	Visite	Facture 2015	2800	Professeur Abdennabi JOUAL Chirurgien Urologue 416, Bd Abdelloumen, Imm A, N° 12/22 Casablanca Tel. 0522 98 98 22 Fax 0522 98 98 22
29/05/18	CSI	facture 2015	G	

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

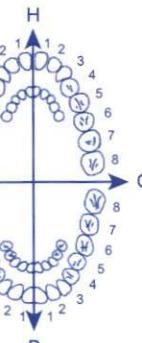
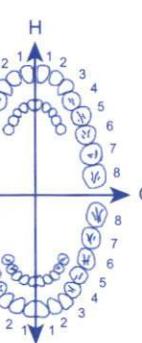
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

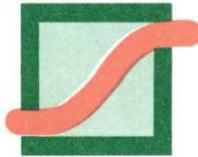
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		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



# مَرْسِدَةُ دَارُ السَّلَامِ

## CLINIQUE DAR SALAM

Dr. Abdennahim JOURAL  
Chirurgien Urologue  
ANOUAL CAPITAL CENTER  
Angle Bd. Abdellah Ben Anoual  
Tél.: 0661 14 43 29 - Casablanca

Casablanca, le .....

29/07/19

LARAK Saad

Doliprane 500

1 Ganzl.

Dr. Abdennahim JOURAL  
Chirurgien Urologue  
ANOUAL CAPITAL CENTER  
Angle Bd. Abdellah Ben Anoual  
Tél.: 0661 14 43 29 - Casablanca

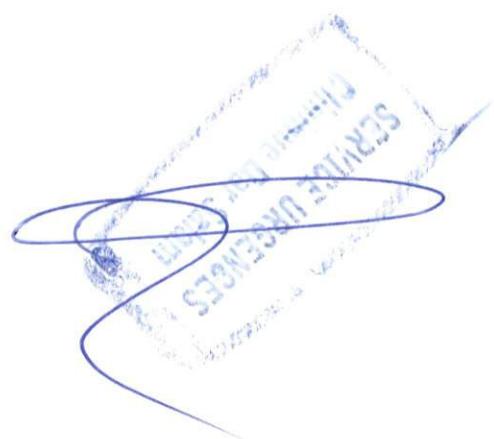
DR. JOURAL

URGENCES 24 / 24 مَسْعَدَةُ دَارُ السَّلَامِ

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

**CLINIQUE DAR SALAM**

NOM DU PATIENT : M. LAZRAK Saad DATE DE NAISSANCE : 24/04/1953	N° DE DOSSIER : 19E27081458 Sejour : Du 27/05/2019 au 29/05/2019 Médecin traitant : Dr. JOUAL ABDENBI
Reçu	
<b>Paiement du 27/05/2019 12h24</b>	
<b>Montant</b>	<b>810,00 Dh</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>ESPECE</b>



Mihistère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
المركز الجهوي لتحاقن الدم  
الرباط -  
T. C. U. O I + A 8 04  
. C C . O . I C I . E I 8 0 E R R I 4 A . C C I

### BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000429057

Date et heure 27/05/2019 - 12:58  
Etablissement CLINIQUE DAR ESSALAM CASABLANCA  
(00000CL202)  
  
200002

Malade no 0536658  
Nom et prenom LAZRAK SAAD  
Sexe / ne(e) le  
Groupe sanguin O Positif

Service  
Ref. commande 1002265969

#### CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192015226		O +		1	06/07/2019		250
0005	0519201504-		O +		1	06/07/2019		250

#### TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable

WAFA.H



Mihistère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
المركز الجهوي لتحاقن الدم  
الرباط -  
+ ٢١٢ ٥ ٣٦ ٧٠ ٣٦ ٩٧ - www.meddem.ma

DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000429057

Date et heure: 27/05/2019 - 12:58

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05192015226	
	CGR DON HOMOLOGUE	 0519201504-	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):

