

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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.

### Affection Longue Durée ALD et ALC :

La maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois

ESTANT L'EXECUTION

: contact@mupras.com  
: pec@mupras.com  
: adhesion@mupras.com

09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5316

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABER Mohamed

Date de naissance : 1954

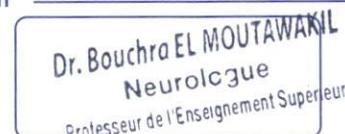
Adresse : Rue 9 NR 169 Latissement Sidi Abdennasser OUL FA CASA

Télé 06 34 65 62 19

Total des frais engagés : 648 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/2022

Nom et prénom du malade : JABER Mohamed Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Parkin son

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Parkin son

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

## 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
28/11/2023	C	1	350,-	Dr Bouchra EL MOUTAWAII Neurologue Professeur de l'Enseignement Supérieur

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE</b> SAUL AV Dr Zak 154, Bd Oued Dauha El Azhuri Oued Dauha Tel 05 22 91 14 54	28/11/23	298.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

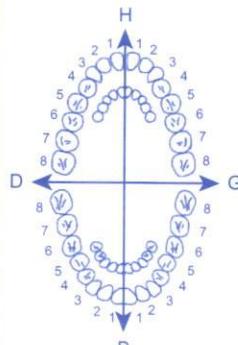
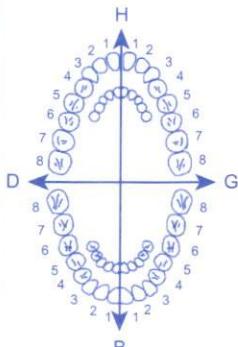
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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'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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATC

clinique  
mers  
sultan



مصحة  
مرس  
السلطان

28/11/2023

T-JABER Tchad.

298.00

D MADOPAR 200



1/2 + 3/5



Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL  
Neurologue  
Professeur de l'Enseignement Supérieur

## URGENCES 24H/24H

64. شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com

www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

JABER Ismaïl.

Matricule :

5316

N° CIN : M10176

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL

Spécialité :

N° ICE :

Neurologue  
Professeur de l'Enseignement Supérieur

N° INPE :

091032169

Certifie que Mlle, Mme, M. :

JABER Ismaïl.

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Maladie de Parkinson.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

NADOPAR.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 19/11/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL  
Neurologue  
Professeur de l'Enseignement Supérieur

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées