

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 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 une fois par an.

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 caractére personnel

W21-831167

189354

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 09372		
Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHOUAL ABDELLGHANI		
Date de naissance : 11.11.1965		
Adresse : 177 DB CHABAB EL ALIA		
Tél. : 0662048528	Total des frais engagés : 734,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.12.2023
Nom et prénom du malade : Choual Abdellghani Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SA griffé L

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : R

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 : 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 27-12-23	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			<i>(C3 = 300,-) 3</i>	<i>Dr. Azeddine ELHABIBI Anesthésiste - Sultan Tel: 0522 27 72 72 INP: 091051904</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>PHARMACIE IBN NAFIS</i>	Date 27/12/23	Montant de la Facture 434,70
	PHARMACIE IBN NAFIS	
		092032705

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان
لـ 27.12.23

75.70 Dr. Azeddine ELHAIBA
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Mers-Sultan
Tel: 0522.27.72.72
INP: no: 251904
Azid CP
s x 153
126.30 Ajichi Ag.
sup. 31gs

20.00 Dol-g ppe
sup. 31gs. 65.00 x 2

138.00 Dr. Azeddine ELHAIBA
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Mers-Sultan
Tel: 0522.27.72.72
Dol-g sup. 31gs.

70.70 Dr. Azeddine ELHAIBA
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Mers-Sultan
Tel: 0522.27.72.72
Lam 30 Jai 65.00 x 2

URGENCES 24H/24H

شارع عمر الادريسي (قرب حدائق مرس) - 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 46 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@cliniquemerssultan.com
www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010

1134.70

PPV: 79DH70
PER: 09/26
LOT: 13091



LOT: 230496
DLUD: 05/2026
69,00DH

LOT: 230490
DLUD: 05/2026
69,00DH

PPV: 20DH00
PER: 08/26
LOT: M2802



PPU: 126,30 DH
LOT: 653158
PER: 05/25

