

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034678

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3105 Société : 902398
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Houari Mohamed
 Date de naissance : 02-02-1951
 Adresse : c.ste 3 jamaa famila 2 Ave 2 N° 3
 Tél : 0661208603 Total des frais engagés : 671,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/04/2024
 Nom et prénom du malade : Houari Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur B
 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 : 16/04/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16/04/24	C2	309		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/04/24	211,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/04/24	Ra	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

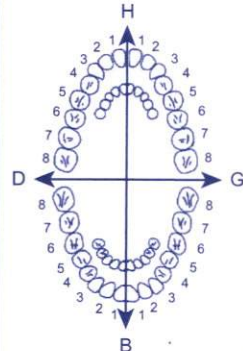
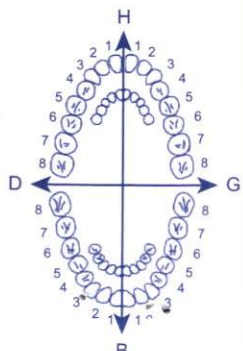
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

06/04/24

M^r Houari Red

B. Hassan J. Leboul

RADIOLOGIE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca Tél.: 05 22 27 02 79
INPE : 090003500

Professeur Salah FNINI
Chirurgie traumatolo-orthopédique
INPE : 09 11 46 084
GSM : 06 66 75 10 44 casa

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الإدريسي (قرب حديقة مردوخ) - 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@cliniquemerssultan.com
www.cliniquemerssultan.com / ICE : 001728360000010



Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat

Houari Aboumoussa

le 16/04/2008

26,00
16,460 ArxiB Group
1er 6 sur 2 Mj

23,50

Parawide CP

2er x 2

T=17,70

Professeur Salah FNINI
Chirurgie traumatologique-orthopédique
INPE : 091146 084
GSM : 06 66 75 10 44 casa

Professeur Salah FNINI
Chirurgie traumatologique-orthopédique
INPE : 091146 084
GSM : 06 66 75 10 44 casa

COPARANTAL®

400 mg / 20 mg

PFV 23DH50

EXP 10/2024

LOT 16009 9

COOPER PHARMA
PPV : 71,60 DH

LOT :
EXP :
PPV :

LOT : 231507
EXP : 10/2026
PPV : 76,60 DH



مصحة مرس السلطان clinique mers sultan

Service de Radiologie

Casablanca , le 16/04/2024

► I.R.M 1,5T

► Scanner 16 Barretes

• 3D Corps Entier

• Angio Scanner
Corps Entier

► Echographie

• 2D / 3D / 4D

• Echo doppler couleur

• Echo guidée

► Biopsie

• Sconnoguidée

• Echo guidée

► Radiologie

Interventionnelle

► Radiologie Standard

Numérisée

PATIENT: HOURRI MOHAMED

MEDECIN TRAITANT:

EXAMEN REALISE: RX BASSIN FACE

RADIOGRAPHIE BASSIN

Déminéralisation osseuse

Absence d'anomalie architecturale osseuse

ou articulaire

Absence d'anomalies des parties molles

En vous remerciant de votre confiance

Pr CHIKHAOUI

RADIOLOGIE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca Tel : 05 22 27 02 79
INPE : 090003500

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الإدريسي (قرب حديقة مردوخ) - 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@cliniquemerssultan.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010



F A C T U R E

N° 5 160 / 2024 du 16/04/2024

Nom patient	HOURRI MOHAMED	Entrée	Sortie
		16/04/2024	16/04/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RX BASSIN FACE	1.00		200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
Total				200.00

	Total général	200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	200.00				200.00	0.00

RADIOLOGIE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca Tél : 05 22 27 02 79
INPE : 090003500