

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0026117

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : R A M 41246

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve

Nom & Prénom : EL oujani najat

Date de naissance : 05/03/1959

Adresse : I H I A APT 03 Residence EL WAHDA

Benechid

Tél. : 0651408540 Total des frais engagés : 337.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Mustapha TRAFEH  
Chirurgie Orthopédique  
& Traumatologique  
Tél: 05 22 82 20 42 - Casa

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Metatarsalgie + Talalgie

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 : Benechid Le : 15/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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                                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13-08-2020      |                   |                       |                                 | Pr. Mustapha El Agha<br>Chirurgie Orthopédique & Traumatologique<br>Tél: 05 22 82 20 42 - Casa |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie 1000<br>Docteur Yassine El Agha<br>22, bd Mohammed V, Ben Mouloud<br>TINHAJEN | 13-08-2020 | 1870                  |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# 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    | PC | IM | IV |                                 |
| ORFÈVRES AGENCE 20 AOÛT<br>23, Rue Lamine Eladjoune, Quartier<br>des Hôpitaux - Casablanca<br>Tél: 05 22 86 58 21<br>Fax: 05 22 27 37 09 | 02-09-2020     |        |    |    |    | 1500                            |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|------------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|                              |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H                            |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 25533412                     | 21433552   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| D                            | G  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 35533411                     | 11433553   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| B                            |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              |  |                  |             | 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

clinique  
mers  
sultan



مصحة  
مرس  
السلطان

13/08/2020

El orjani Najat

47.80

1) Dagen



14 218

X 105

86.40

2) Dolicox go



52.80

14 17

X 078

après repas

3) cedes 20



1 gelule 1/2 lemat size

X 150

4) Karalix 1 comp/j



X

Pr. Mustapha TRAFEH  
Chirurgie Orthopédique  
& Traumatologie  
Tél: 05 22 82 20 47 - Casa

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الادريسي ( 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 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85  
E-mail : cliniquemerssultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

PPV: 86DH40  
PER: 02/23  
LOT: J593-1

**DOLICOX** 90 mg  
*Etoricoxib*  
7.6 comprimés pelliculaires



6 118000 041948

ملغ 90

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

47,80

**DASEN**® 10 000 UI  
*Serrapeptase*  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

LOT 191188  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

**OEDES** 20mg  
14 gélules



6 118001 100071



clinique  
mers  
sultan



مصحة  
مرس  
السلطان

13/08/2020

El oujani Najat

Ass. Coussin plantaire

Ref: F00043-06E

Sur Wolamed

ORLIMEDIS AGENCE 20 AOÛT  
23, Rue Lancelotti Elharroune, Quartier  
des Hôpitaux - Casablanca  
Tél.: 05 22 86 58 21  
Fax: 05 22 27 09

~~Pr. Mustapha TRAFEH  
Chirurgie Orthopédique  
& Traumatologique  
Tél: 05 22 82 20 42 - 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 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail: [cliniquemerssultan@gmail.com](mailto:cliniquemerssultan@gmail.com) / [www.cliniquemerssultan.ma](http://www.cliniquemerssultan.ma) / ICE : 001728360000010

Facture N° :

FN204318

MM EL OUJANI NAJAT

| Date     | CLIENT   | PAGE |
|----------|----------|------|
| 02/09/20 | 34210475 | 1    |

| Référence commande N° | Representant | Mode d'expédition | Mode de règlement |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------------|
|                       | 20AOUT       | NOS SOINS         | VERS              |

| Référence | Qté | Désignation                | TVA | P.U HT  | R% | MT HT  |
|-----------|-----|----------------------------|-----|---------|----|--------|
| G118      | 1   | COUSSIN METATARSAL (ORION) | 20% | 125,000 |    | 125,00 |

ORLIMEDIS AGENCE 20 AOÛT  
23, Rue Lahcen Elarjoun, Quartier  
des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 58 21  
Fax : 05 22 27 37 09

| MT HT  | TVA | MT TVA |
|--------|-----|--------|
| 125,00 | 20% | 25,00  |

| H.T    | Mt TVA | Total TTC |
|--------|--------|-----------|
| 125,00 | 25,00  | 150,00    |

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
Cent cinquante DHs