

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 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.

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- 0043513

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : B AM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL OUFANI NAJAL KARIM
Date de naissance : 05/03/59
Adresse : Résidence AL NABALA IN AL 03 Bd MYA
B. Berrechid
Tél. : 06 51 40 85 60 Total des frais engagés : 778,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/2020
Nom et prénom du malade : EL OUFANI NAJAL Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Talarie
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



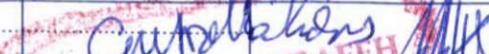
VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043513

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1868
Nom de l'adhérent(e) : EL OUFANI NAJAL
Total des frais engagés : 778,00 Dhs
Date de dépôt : 04.02.2020

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/07/2020	c	1	Consultations 250.00	

0522 82 20 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	M. ...
----------------------	------	--------

ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
-------------------	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Département	Désignation des	Montant
------------------------	-------------	-----------------	---------

Laboratoire de Radiologie	Date	Coefficients	des Honoraires
---------------------------	------	--------------	----------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

du Praticien	Soins					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 :

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

Dents	Nature des		
-------	------------	--	--

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

	Franchise	Co-ops	

				Coefficient des travaux



					MONTANTS DES SOINS	
--	--	--	--	--	-----------------------	--

[illegible]


ODE	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-----	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	Coefficient des Travaux
25533412	21433552	

	00000000	00000000	
D			C

H	00000000	00000000	G
↑	00000000	00000000	


 35533411 11433553
 MONTANTS

	B	MENTANTS
		DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

7	7	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
---	---	--

DATE DU 25/05/2024

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

TABLE 1. *Continued*

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان
06/01/2026

Najah Eloujani

1/ Mobicetol gel appliqué 1h x 30j

7800
2/ Resodyl gelule 2/j x 30j

15000
3/ Celebrex 200mg gelule 1/j x 20j

22800

Pr. Mustapha TRAFEH
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologie
0522 82 20 42

Pharmacie 2008
Docteur Kadiri L. Zineb
22, Bd Mohammed V - BERRERCHIDJ
Téléphone : 022.53.38.00

CELEBREX 200 MG
Boîte de 20 gélules

Lot : 1280010

Date Fab: 08 / 2018 Date Exp: 07 / 2022

PPV : 150,00 DH

URGENCES 24H/24

LOT: 0002
PER: 10-22
PPC: 78.00 DH

05 22 26 79 42 : (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca

Tél: 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 : الهاتف

E-mail: cliniquemerssultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

EL oujani Najat

04/02/2020

RX de la cheville (Dk)
(F + P)

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casa - Tél: 05 22 27 72 72

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

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: cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

D



RADIOLOGIE MERS SULTAN

64, BD OMAR EL IDRISSEI

Tél: 05 22 27 72 72

F A C T U R E

N° : 2002041022 du 04/02/2020

Nom patient : Mme ELOUJANI NAJAT

Médecin : Dr. TRAFEH

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

Examens

RX CHEVILLE DROITE (F+P)

Cotation(Z)

30

Prix Dhs

300,00

Total

300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

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



مصحة مرس السلطان clinique mers sultan

Service de Radiologie

► 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

ELOUJANI NAJAT

04.02.2020

CH

RADIOGRAPHIE PIED DROIT

Déminéralisation osseuse

Bon alignement du foyer fracturaire

Vices en place

vis en place

Absence d'anomalies des parties molles

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

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 : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010