

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-591435

Dos n°  
63396.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6372	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Defaut
Nom & Prénom : J. BARA SOAD			
Date de naissance : 01/12/1961			
Adresse : 123, Rue Abu El waki KHALAF, Résid SEKKAH 4 <sup>e</sup> Etage 0673939125			
Tél. : Total des frais engagés : 935,60 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18/12/2020			
Nom et prénom du malade : J. Bara Soad			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Fracture de l'humérus gér opéré			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Opération à domicile			
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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/12/2020



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/20	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RADIOLOGIE 63 Rue de la Croix des Servas 63000 Clermont-Ferrand	29/12/2022	RQ	300,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</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>B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

**clinique  
mers  
sultan**



مصحة  
مرس  
السلطان

18/12/2020

Jbara Sead.  
245,00

1) Erea Rhu



143,00 1 gelule 2/2

\*30-



2) Osteo 24



OSTEO24

PVC : 143,00 DH

1 g blac le matin

\*30-

1 g jaune le Soir

3) Cur fort



198,00

1 ampoule buvable tous les 15j

N°01 ampoule

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J26  
EXP: 10/2023

4) Nouvel gel



PVC : 198,00DH

REV. : 2019/10/A

092  
2023-08



635,60

URGENCES 24H/24H

64، شارع عمر الأدريسي (قرب حدائق 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  
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:  
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 001728360000010

clinique  
mers  
sultan



مصحة  
مرس  
السلطان

18/02/2020

Jbara Soad.

Rx de l'humérum gtre

Face - profil

Dr. Mustapha RAFFI  
Chirurgie orthopédique  
& Traumatologique  
Tél: 0522 27 02 79

RADIOLOGIE MERS SULTAN  
64, Rue Omar El Idrissi  
Casablanca  
Tél: 0522 27 02 79

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



**RADIOLOGIE MERS SULTAN**

64, BD OMAR EL IDRISI

Tél: ..05 22 27 72.....

**F A C T U R E**

N° : 202000001 du 29/12/2020

Nom patient : **Mme JBARA SOAD**

Médecin : **Dr. TRAFEH**

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
RX HUMERUS GAUCHE (F+P)	30	300,00
Total		<b>300,00</b>

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

Service de Radiologie

► I.R.M 1,5T

JBARA SOAD

29.12.2020

CH

► Scanner 16 Barretes

RADIOGRAPHIE

• 3D Corps Entier

Bon alignement et contact Du foyer fracturaire huméral  
Plaque vissée en place

Début de formation de cal osseux

► Echographie

Absence d'anomalies des parties molles

• 2D / 3D / 4D

• Echo doppler couleur

• Echo guidée

► Biopsie

• Sconnoguidée

• Echo guidée

► Radiologie

Interventionnelle

► Radiologie Standard

Numérisée

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

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