

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-632444

76651

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 3021 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELHAJ EL HOUSSINE

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : BERNOUSSI

Tél. : 06 25 88 75 40 Total des frais engagés : 2848,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/06

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

Nature de la maladie : Tendinite de l'épaule gauche

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) : [Signature]

Le 24/06/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Professeur Mohamed ARSSI
Chirurgie Traumatologie du Sport
Orthopédie - Chirurgie du Sport
Clinique Meis Sultan
64, Rue Omar el-Khatib - Casablanca
Tél: 05 22 27 72 72



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
09/06/2021		5	300,00	IN: 10991831 (2613)
09/06/2021	1 Patel	3	300,00	Professeur Mohamed El Chirak
16/06/2021	1 mg	300,00	300,00	Chirurgie Orthopédique
23/06/2021	1 mg	300,00	300,00	Chirurgie Orthopédique
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la facture	
ALI MOHAMMED TAOUFIK		09/06/21	112,10	
ALI MOHAMMED TAOUFIK		09/06/21	529,10	

[illegible]

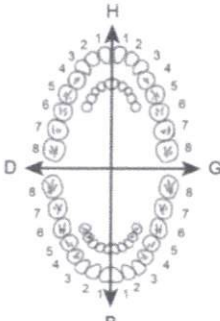
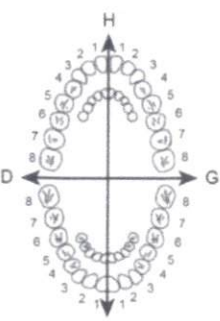
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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



Dr. Mohamed Arssi

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

TRAUMATOLOGIE DU SPORT

CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE

CHIRURGIE ET MEDECIN DU SPORT

TEL.: 0522 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42

GSM : 0661 18 25 00 - 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr

Casablanca, le 09 juin 2021

ORDONNANCE

NOM & PRÉNOM DU PATIENT :

MR = BELHAT

• MEFSAL 15mg

1 Cp/j x 15 jours

• Zoegas 20mg

1 gelule / j x 15 jours

• ANDOL 500mg cp

1 cp x 3 / j x 15 jours

• Sedalgic

1 cp x 2 par jour

URGENCES 24H/24H

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

E-mail : Info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma

LOT PUC: 198.00DH

C114
2024-01



3 401020 354451 >

REV. 2020/05/8



Clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان



Pr. Mohamed Arssi

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

TRAUMATOLOGIE DU SPORT

CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE

CHIRURGIE ET MÉDECIN DU SPORT

TEL.: 0522 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42

GSM : 0661 18 25 00 - 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr

Casablanca, le 09 JUIN 2021

ORDONNANCE

NOM & PRÉNOM DU PATIENT :

Mr. BELADJ - A

EL3138
02/2025
P.P.V.: 37DH70

DN8026
11/2024
P.P.V.: 37DH70

EL3138
02/2025
P.P.V.: 37DH70

3x3770

40

Depo-met

3x338,00

20

14y algonimj

COOPER PHARMA
PPV: 338,00 DH

COOPER PHARMA
PPV: 338,00 DH

COOPER PHARMA
PPV: 338,00 DH

1127,10

Professeur Mohamed ARSSI
Chirurgie Traumatologie
Orthopédie Clinique du Sport
Clinique Mers Sultan
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca - Tél.: 0522 27 02 79

PHARMACIE FOUARAT
M. MOHAMMED TAOUFIK
Al qods, C.C. El qods 2
Tél.: 0522 76 60 43



PHARMACIE IBN NAFIS

28, Avenue du 2 Mars

Casablanca - Tél.: 05 22 27 31 69

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 : Info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma



Casablanca Le 09/06/2021

NOTE D'HONORAIRES

RECU DE LA SOMME DE 900.00 DHS (NUEF

CENTS DIRHAMS) POUR 3 INFILTRATION

DE MR BELHAJ EL HOUSSINE

Professeur Mohamed ARSSI
Chirurgie Traumatologie
Orthopédie - Médecine du Sport
Clinique Mers Sultan
64, Rue Omar El Idrissi - Casablanca
Tél: 05 22 26 79 42

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 : الدار البيضاء - الفاكس : شارع عمر الإدريسي (قرب حديقة مردوخ) - 64

64 Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

Tél. : 0522 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 : الهاتف

Email : selwa.chaoui@gmail.com / E-mail: cliniquemerssultan@gmail.com

www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

05/06/21

Nom : Belhaj

N° Dossier : _____

Prénom : EL Housni

Code : _____

Diagnostic : Tendinopathie calcifiante

Traitement : de cœys des rotateurs

1^{er} infiltration

09/06/21

2^{ème} inj

16/06/21

3^{en} inj

23/06/21

2A,



Clinique
Mers Sultan



مصحة
مرس السلطان

Pr. Mohamed ARSSI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Traumatologie du sport
Chirurgie Arthroscopique
Chirurgie et médecine du sport

Consultation sur rendez vous :

Mardi après midi / Jeudi après midi : 0661 25 18 00

64 BD Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Casablanca

Tél.: 0522 27 02 79 - Tél : 05 22 27 72 72 (L.G)

Fax :05 22 26 79 42 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr