

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

N° P19- 0046576

MCQ CR
Rx
adhérent
informé

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : ELoujani Nagat Uale KARITOUS

Date de naissance : 05/03/59

Adresse : Résidence El Waldou Im. ILAL OB Bd M...
Bordj Boudj

Tél : 06 51 40 35 40 Total des frais engagés : 1495,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2021

Nom et prénom du malade : ELoujani Nagat Age:

Lien de parenté : lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Prothèse 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

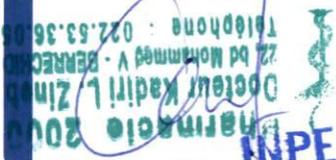
MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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
10/06/2021	E	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/06-21	963,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/07/2021	20+20	232

AUXILIAIRES MEDICAUX

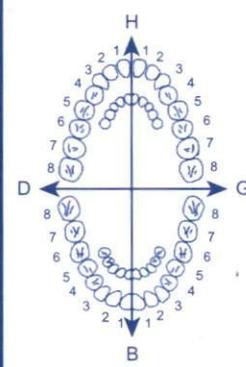
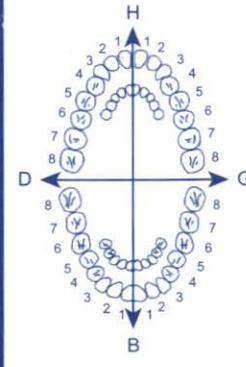
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(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'EX

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

le 10/6/2021.

Pr. Mustapha TRAFER
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tél: 05 22 27 87 20 - Casa

198.00
30.00
245.00
963.00

1/ Noctepol gel
2/ Sedalgie
3/ Lero Rheu
4/ gelule 1/2 x 45



Pr. Mustapha TRAFER
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tél: 05 22 27 87 20 - Casa

Pharmacie Zouk
D. Zineb
27 - Berrechid
Tél: 022.53.36.05

URGENCES 24H/24H

(قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس :

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

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

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

www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360

LOT PVC: 198.00DH

C115
2024-01



REV: 2020/05/78

LOT : 210044

UT AV : 01/2023

PPV : 30,00 SH

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC

B.P 126 Nouasseur
www.biocodex.ma

P.P.C.: 245,00 DH

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
CE N° DA20180511707DMP/20UCA/MA v4

17/06/03

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 21007786 N° Facture : 21007687 Date facturation: 01/07/2021

Nom et prénom du patient : Mme EL Oujani Najat

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX PIED F/P	1.00	232.00	232.00
		Sous-Total	232.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux cent trente deux dirhams

Total : 232.00DH

Adhérent : Part organisme : 0.00 DH
Mlc : Part patient : 232.00 DH
PC N° :



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68
Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93
TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

10/6/2024

Mme Najat EL Ouyani

Rx du pied dt en
charge face prof



~~Pr. MESSAOUBA TRAFEH
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologie
Tél: 05 22 82 70 00 - 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 : 0522 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05

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

www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 00172836000010