

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.



MR. PRJ

117819

Déclaration de Maladie : N° P19-0019570

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 321 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : 1975 AARIS Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/4/2015

Nom et prénom du malade : Mr - T. AARIS Age :

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

Nature de la maladie : Affection rhumatismale

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) :


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

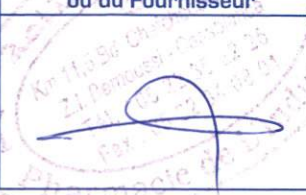
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
8/4/22	C3		400 74	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	08/04/22	849,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

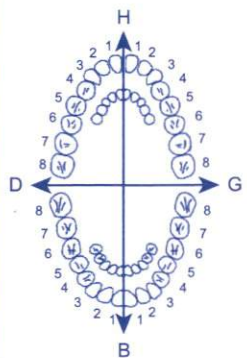
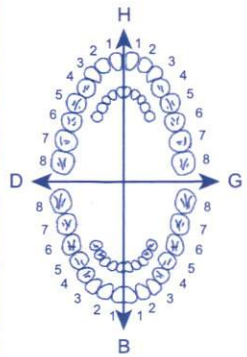
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																					
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

8/4/22

Mr. TAZI ALBAYS

NRS
VS CRP
Glycémie
Uré Crée
Calcémie
SRP
Vit D3
PSA

Tansaniny Ket.
Maren.

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 الفاكس - الدار البيضاء - (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com
www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010

Professeur EL KABLI H.
Clinique Mers Sultan
Médecine Interne
N° 091031336



8/4/22

MR ABAS TAZI

137.00x5

1) Rheumadep.

14x2/1x 1mar

14/1 x 3m

22.00x2

2) Cedrel 14x2/1x 1mm

3) feldene fast salicypol

53.10

4) relaxal 14x2/1x 10

67.20

5) LONZEN 30 16l

849.30

URGENCES 24H/24H

Pharmacie 24h/24h
Av. 115-80 Chahrouh 1° 84
21 Danouss - Casablanca
Tél. 05 22 35 22 25
Fax. 05 22 34 22 25

SV

SV

SV

Professeur EL KABLI H.
Clinique Mers Sultan
Médecine Interne
05 22 27 72 72

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

08/04/22

M^r - ABLAS TAZI

Rx Babin:

2 Célones \angle p à charge.

Schographie cote de rotateurs
de l'épaule DE

Professeur EL KABLI
Clinique Mers Sultan
Médecine Interne
NPE: 00103120

URGENCES 24H/24H

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 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05

E-mail : cliniquemerssultan@gmail.com - cms@cliniquemerssultan.com

www.cliniquemerssultan.com / ICE : 001728360000010

Pharmacie DE L'INDUSTRIE - Casablanca (New) (New)

YEZROUR M'HAMED DOCTEUR EN PHARMACIE

0522352225 TVA: 52700390 CNSS: 2561042



Facture N° 20220411-478

Date de vente : 11/04/2022

Médecin traitant :

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LANZEN CO 30MG B28 GELULES	1	67,20	TVA (7.00%)	67,20
RELAXOL CO 500MG/2MG B20 COMP	1	53,10	TVA (7.00%)	53,10
CEDOL CO 400/20MG B20 COMP	2	22,00	TVA (7.00%)	44,00
REUMADEP B30 CAPSULES	5	137,00	TVA (20.00%)	685,00

Total HT	724,38 DHS
TVA	124,92 DHS
Total	849,30 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : huit cent quarante-neuf DHS
et trente centimes**

Payable 15/04/2022