

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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.

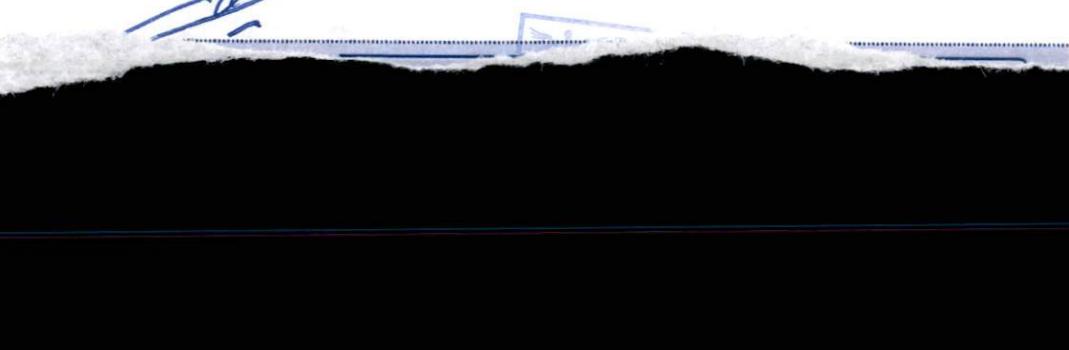
N° W19-590011

118300

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 0258		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : ✓	
Nom & Prénom : MERNISSE DR ISS			
Date de naissance : 1-7-40			
Adresse : RUE AÏN ASSERDOUNE . IMH. "Q" WAT ESSALAM . ( EXC. 1 ) CASA			
Tél. : 069 758 1411 Total des frais engagés : 1020,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 10/04/2022			
Nom et prénom du malade : MERNISSE DR ISS Age : 82			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dr de l'empêchement Caudique			
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 : Casablanca      Le : 18/04/2022  
Signature de l'adhérent(e) : 



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
15/09/2022		9	(S)	INP : 0911095193 Dr. Azeddine ELHAIBA Régulateur

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DU COMPLExe SOCIETE MR KAUR HASSAN FAMA Tél : 0522-90 53 13	18/11/22	B.Th = x 1,25 52 + 115	1020,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

ACCÉS AUX MÉDICAMENTS						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE 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"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000 G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D 00000000 G		35533411 11433553		B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	21433552													
25533412	00000000													
D 00000000 G														
35533411 11433553														
B														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

clinique  
mers  
sultan



مصحة  
مرس  
السلطان

18.04.2022

M. ADRNISI. Driss

- Livre - Crédit - R-CRP

SRP.

DRiss

Dr. Azeddine ELHAIBA  
Anesthésiste - Réanimateur  
Clinique Mers-Sultan  
Tél. 05 22 27 72 72

## URGENCES 24H/24H

64، شارع عمر الا درسي (قرب حديقة مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس 42 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 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



# Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

## مختبر التحاليل الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima

Pharmacien biologiste

Diplômée de l'université de Lille II France

**Facture** 53878

INP:093003150

Le : 18/04/2022

Analyses effectuées le: 18/04/2022

Pour.....: **Mr. MERNISSI DRISS**

Sur prescription du : Dr

Code.....: 0004522



Organisme.....: **CLIENT DE PASSAGE**

### Bilan:

UREE=B30 CREAT=B30 K=B30 CRP=B100  
TROP=B250 DDIM=B300

Total : B 740

Montant Net : 1020.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE VINGT Dhs 00 Cts

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
TEL: 0522 70 62 79  
FAX: 0522 70 62 79

⌚ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30  
📞 Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 📩 laboratoireducomplexe@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Mâarif - Casablanca



# Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

## مختبر التحاليلات الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

Référence : 20418218  
**Mr. MERNISSI DRISS**

18/04/2022



0004522

Médecin: Dr.

## IMMUNOLOGIE

Analyses

Résultats

Unités

Normes

Antécédents

### PROTEINE C REACTIVE :

Résultat.....: 17.76 mg/l (< à 5 ) 30.26 (11/04/22)

## BIOCHIMIE SANGUINE

Urée.....:	0.75	g/l	(0.10 à 0.50)	0.73g (11/04/22)
Créatinine.....:	16.85	mg/l	(inf à 13 )	24.14mg (11/04/22)
Potassium.....:	3.8	mEq/l	(3.50 à 5.30)	4.5mEq (11/04/22)

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 73

⌚ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30

📞 Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 ✉ laboratoireducomplexe@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Mâarif - Casablanca



# Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

## مختبر التحاليل الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

Référence : 20418218  
**Mr. MERNISSI DRISS**

18/04/2022



0004522

Médecin: Dr.

### HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	--------	-------------

D-DIMERES.....: 780 ng/ml (< à 500 ) 860 (11/04/22)

### MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine Ultra sensible : 22.1 ng/l ( Inf à 50 ng/L) 73.7 (11/04/22)  
(Enzyme Linked Fluorescent Assay) VIDAS

Alerte : Changement de réactif, changement d'unité et de méthode.

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 73

⌚ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30  
📞 Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 ➤ laboratoireducomplex@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Mâarif - Casablanca