

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : 229754
 Nom & Prénom : DOUNA MOSTAFA
 Date de naissance : 20/07/1958
 Adresse : AL KHOURANA 7 imm 10 ART 5
TISSASFA CASABLANCA
 Tél. : 06 61 44 73 51 Total des frais engagés : 487,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/05

Nom et prénom du malade : DOUNA MOSTAFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Médecine Bili Enfant

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 : 26/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : TEP

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
26/05/2022	122	6	67	Dr. Azeeddine EL HABIB Anesthésiste Réanimateur Inhalique Mers Sultane 0522277222

RES
Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

*Dr. Azzedine EL HABIBI
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Mers Sultani
Tel: 05 22 27 72 72*

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/5/22	487.00

2000-2001

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

A close-up photograph of a dark, irregularly shaped object, possibly a piece of debris or a rock, resting on a light-colored, textured surface. A thin blue line is drawn across the top right corner of the object.

RELEVE DES FRÂIS 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

clinique
mers
sultan



مصححة مرسى السلطان 26/5/02

Y. Donya Yousfi

1) LOVENOX 0,4
349,00 15 ml SV

138,00 2) LOVENOX 400UI ANTI-XA/0,4ML SV

487,00 Azezdine EL HAJIBA
esthésiste - Réanimateur
Clinique Mers Sultan
Tél: 05 22 27 72 72

sanofi-aventis Mar
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML
P.P.V. : 349DH00
6 118 001 08044

6 118 001 08044

Dr. Azeddine EL-HAIBA
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Mers Sultan
Tél: 05 22 27 77 72

URGENCES 24H/24H

64. شارع عمر الريسي (قرب حديقة ماردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس 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 00 - 05 22 46 72 05 - 05 22 46 72 06

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

www.cliniquemersultan.com / ICE : 001338360000010