

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



Déclaration de Maladie

N° W21-655230

63738

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09372 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHOVAL ABDELSHANI

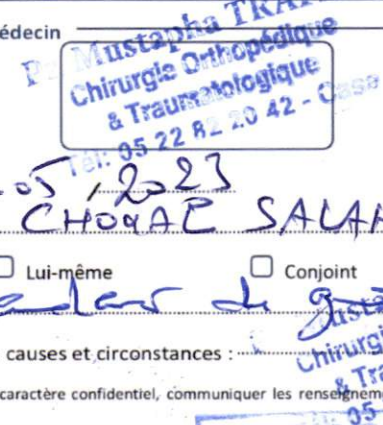
Date de naissance : 11.11.1965

Adresse : 177 DA CHARAL ELAIA MONAMEDIA

Tél. : 062048528 Total des frais engagés : 7325,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26.05.2023

Nom et prénom du malade : CHOVAL SALAHEDINE

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Recluse de gaine

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 : 26.05.2023

Autorisation CNDD N° : A-A-215/2019

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
26-5-23		C3 =	300,-	INP: 08164798
				Mustapha TRAFEH
				Chirurgien Dentiste
				& Traumatologie
				TEL: 05 22 20 42 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Avenue Angle Boulevard Mohammed V et Rue El Mouhammed V Tél: 05 23 32 05 02	26/05/23	1025,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
GLOBAL AMBULANCE 7, RUE SEBASTIEN RAMIEN 2008 20 000 Agadir TEL: 05 22 22 22 53 GSM: 0668.34.01.31	01/06/2023					2000

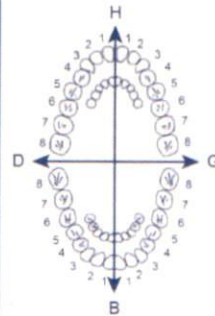
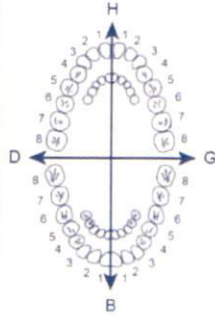
TRANSPORT
AMBULANCE

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
				MONTANTS DES SOINS []										
				DEBUT D'EXECUTION []										
				FIN D'EXECUTION []										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table> <tr> <td>H</td><td>G</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr> <tr> <td></td><td>B</td></tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H	G												
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
		B												
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS []										
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []										
				DATE DE L'EXECUTION []										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

MR CHOVAL Salah DINE 26/05/23

7h⁰⁰ 1- Sepun 500mg cp

x2 1cp x 2/3 pdr 10 jours

28⁰⁰ 2- Nœdrol codeine cp

1 cp x 3/3

15³⁰ 3- Vite 1000mg

1cp 1/3

4h⁰⁰ 4- Difal 50mg cp

1cp x 2/3

pdr 10 jours

1- Hiber 3600 uF

Mustapha TRAM
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tél : 05 22 27 82 42 - Casablanca

98,50 x 8

1cp en x 1/3 x 15 J

URGENCES 24H/24H

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 : الهاتف
E-mail : cliniquemerssultan@gmail.com - cms@cliniquemerssultan.com
www.cliniquemerssultan.com / ICE : 001728360000010

LOT : 22E008
PER : 09 2027

NO - DOL CODEINE
CP 820
P.P.V : 28DH00



LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH

LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH

LOT: 74180 22209A
PER: 12/2025
PPV: 74.00 DH

LOT: 74180 2
PER: 11/2025
PPV: 74.00 DH

LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH

LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
PPV : 44,2 DH
6 118000 190349

LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH

Vita C1000®
PPV 15DH30
EXP 01/2026
LOT 31020

LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH

LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH

LOTN°: 22209A
EXP: 10 2024
P.P.V: 98,50 DH



CASA LE 10/06/2023

RAPPORT MEDICALE

Mr CHOUAL SALAHEDDINE
HOSPITALISE EN REANIMATION
SON ETAT DE SANTE NECESSITE
UN TRANSPORT MEDICALISE.

GLOBAL AMBULANCE
7, RUE SEBTA RES RAMI ET 2 N°8
20 000 - Casablanca
TEL: 0522 22.22.53
GSM: 0668.94.01.31

Transp. TRA
Unirgic de l'Europe
& Transp. Médical
10-06-2023

URGENCES 24H/24H



GLOBAL AMBULANCE SARL

GLOBAL
AMBULANCE

URGENCE 24H /24H - 7J /7J

FACTURE N° 10588

Casablanca, le : 04/06/2023

Nom et Prénom du Patient

MR: CHOHAL SALAHEDDINE

DESIGNATION

TOTAL

TRANSPORT PAR AMBULANCE

MEDICALISE DE LA CLINIQUE

PERSONNEL VERT DOMICILE A

MOHAMED A ALIE et Retour

GLOBAL AMBULANCE

7, RUE SEBTA RES RAMI ETG 2 N°8

20000 Casablanca

TEL: 05 22 22 22 53

GSM: 0668.94.01.31

TOTAL H.T. -----

T.V.A. 14% -----

TOTAL T.T.C. 2000 DA

7, Rue Sebta Rés. Rami Etg 2 Bureau N°8 - 20000 Casablanca - Tél.: 05 22 22 22 53
R.C. 347913 - Patente : 36396870 - Identifiant Fiscal : 18761081 - ICE : 001581667000017