

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-004246

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 178492 Société : 178492

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUADDI A. Souz

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : Maladie respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/07/2022      |                   | DLCO                  | 900,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

27/7/23 283,80

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

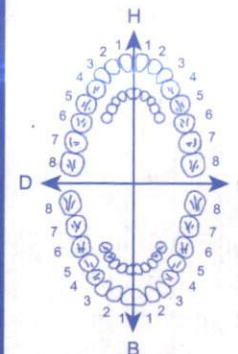
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

✓ AZZOUZ EL OLI

27/07/23

1 - Tiava (eye icon)  
1 mise / j

161.00

1st 3 mai

2 - Revolizer (eye icon)

PHARMACIE AL MOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 90 33 97

3 - Prévalin adulte  
1 pul v/v/x 2 à 3

72.00

3

PHARMACIE AL MOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 90 33 97

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الإدريسي (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 : 05 22 72 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](mailto:cliniquemersultan@gmail.com) - [cms@cliniquemerssultan.com](mailto:cms@cliniquemerssultan.com)

[www.cliniquemerssultan.com](http://www.cliniquemerssultan.com) / ICE : 001728360000010



P.P.C : 72 DH 00



cliniquement prouvée pour réduire les symptômes allergiques qui provoquent la réaction allergique au début de la saison. La technologie brevetée Nasal Allergy est une combinaison d'huiles et d'émulsifiants pour former une barrière de protection unique sur la muqueuse nasale. **PREVALIN™ ALLERGIE** est une solution idéale pour le rhume des foins.

## PREVALIN™ ALLERGIE

**PREVALIN™ ALLERGIE** dès que vous ressentez les premiers symptômes du rhume des foins, même si le symptôme ne se soit complètement développée. Dès que le symptôme a déjà été déclenché, **PREVALIN™ ALLERGIE** agit directement sur les voies respiratoires afin de bloquer le contact avec les allergènes susceptibles de provoquer une autre réaction.

Il est également conseillé d'utiliser **PREVALIN™ ALLERGIE** avant d'entrer en contact avec des allergènes, car il les empêche d'atteindre la muqueuse nasale et les symptômes d'allergie.

## Comment fonctionne PREVALIN™ ALLERGIE?

**PREVALIN™ ALLERGIE** agit directement là où les allergènes déclenchent une réaction.



Formule  
Thixotrope

### Gel au repos, liquide après agitation.

**PREVALIN™ ALLERGIE**, une fois secoué, il devient fluide pour une application facile sous forme de gel pour bloquer le contact avec les allergènes.

Le micro-gel **PREVALIN™ ALLERGIE** agit sur 3 niveaux:

1. Sa formule brevetée désamorce déjà le pollen à l'intérieur du nez.
2. Il stimule la clairance des allergènes dans le nez.
3. Sa fine brume se dépose pour former une barrière de microgel sur la muqueuse.

## Contre-indications

Ne convient pas aux enfants de moins de 12 ans.

Ce produit contient de l'huile de graines de sésame. N'utilisez pas ce produit si vous êtes allergique à l'un des autres composants de Prevalin Allergie. De très rares cas de réaction allergique aux symptômes tels que le nez bouché qui coule, douleur localisée, sécheresse, démangeaisons cutanées. En cas de suspicion d'allergie à Prevalin, arrêtez immédiatement l'utilisation.

## Comment utiliser PREVALIN™ ALLERGIE

Après avoir secoué le produit, appliquez-le dans le nez avant chaque application.

GTIN 18901117253435  
LOT BA30302  
EXP 06/2024  
S/N 46187047099813  
PPV: 161 DH 80

PPV: 50 DH 00

LOT. 38J22017

FAB. 02/2022



8 901117 258662

Fabriqué par CIPLA LTD.  
38 & 39, Giraj Indl. Estate, Sativali,  
Vasai (E), Thane-401208 INDIA  
Marque déposée

Nom : **Azzouz EL OIRI**

Taille: 164 cm Age:

72 Ans

Date Naissance: 01/01/195

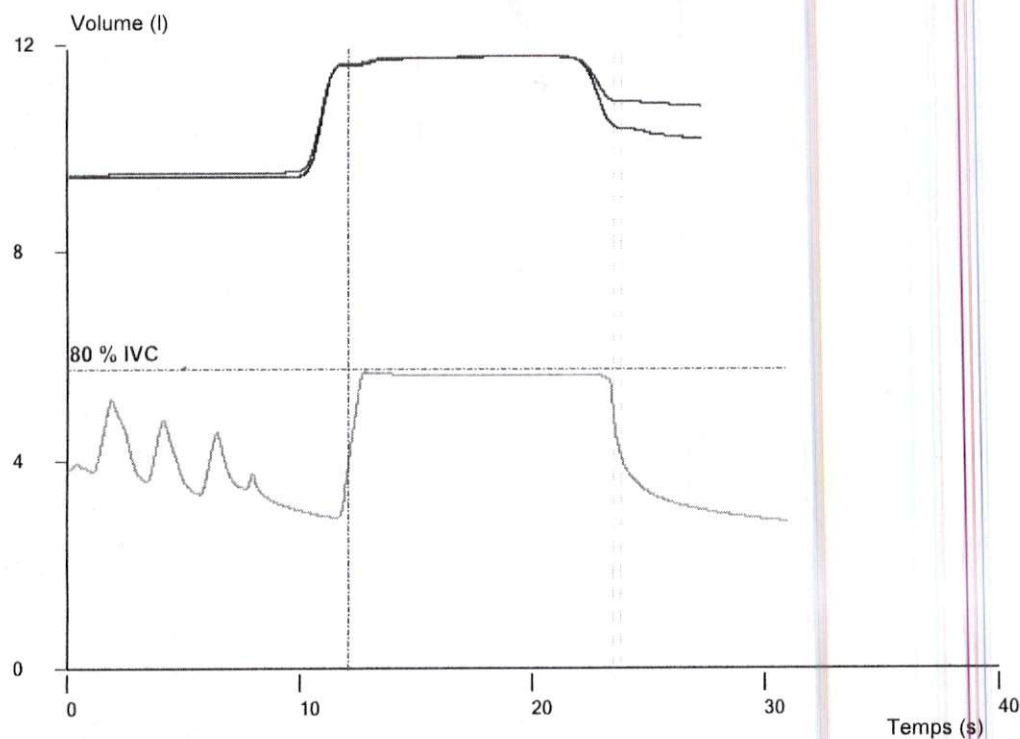
ID: **AzzEL 01011951**

Poids: 80 kg Genre:

Masculin

BMI: 29,7 kg/m<sup>2</sup>

Medication:



| Paramè... | Unité   | LLN  | Ref  | ULN  | Pré  | %Ref | ZScore |
|-----------|---------|------|------|------|------|------|--------|
| TLCO      | mmol... | 5,24 | 7,44 | 9,65 | 4,59 | 62   |        |
| KCO       | mmol... | 0,87 | 1,24 | 1,60 | 1,07 | 87   |        |
| CRF       | l       | 1,77 | 3,40 | 5,02 | 2,61 | 77   |        |
| VR        | l       | 1,83 | 2,50 | 3,18 | 1,77 | 71   |        |
| VR/CPT    | %       | 33   | 42   | 51   | 40   | 95   |        |
| CPT       | l       | 4,87 | 6,02 | 7,18 | 4,46 | 74   |        |

Commentaire:

léger baisse de la  
DLCO.

DR. GADAR Wassil  
Pneumologue  
11, Rue Lyautey Appt 12  
Quartier Des hopitaux  
Tel: 0522 860 444

Date: 27/07/2023

Température ambiante: 26 °C

Technicien :

Temps: 10:48

Pression ambiante: 1015 hPa

Humidité ambiante : 51 %



F A C T U R E

N° 9 097 / 2023 du 27/07/2023

|                 |                 |                      |                      |
|-----------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient     | EL OIRDI AZZOUZ | Entrée<br>27/07/2023 | Sortie<br>27/07/2023 |
| Prise en charge | PAYANT          |                      |                      |

|                      | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES |        |            |               |         |
| DLCO                 | 1,00   |            | 900,00        | 900,00  |
|                      |        |            | Sous-Total    | 900,00  |
| Total                |        |            |               | 900,00  |

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
|   | Total général | 900,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : |               |        |
| NEUF CENTS DIRHAMS                          |               |        |

|               |         |  |  |  |                |       |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|               | 900,00  |  |  |  | 900,00         | 0,00  |

CLINIQUE MERS SULTAN  
64, Rue Omar El Idrissi  
Casablanca  
Tél : 05 22 27 72 72