

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-004246

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1004 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUADDI ALEX

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 :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



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
27/07/2020	DLCO	900,00		<i>CLINIQUE DES SUDS EXECUTION DES ORDONNANCES par El Idrissi</i>
				<i>CLINIQUE DES SUDS EXECUTION DES ORDONNANCES par El Idrissi</i>

*PHARMACIE AL SOUSIINE
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
Tél. 05 22 90 33 92*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/7/20	283,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

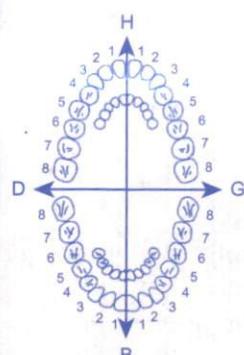
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

✓ AZZOUIZ EL OIRI

CLINIQUE MERS SULTAN
54, Rue Oumar El Idrissi
Casablanca
Tél : 05 22 27 72 72

27/07/23

1- Tiéva 161.00
1 pise/j jet 3 moi

2- Revolizer

3- Prévalin adult 72.00
1 ml V.N X 2 u 3

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

URGENCES 24H/24H

64. شارع عمر الادريسي (قرب حدائق ماردوخ) - 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 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

P.P.C : 72 DH 00

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 l'irritation.

Gel au repos, liquide après agitation.

PREVALIN™ ALLERGIE, une fois secoué, il devient fluide pour une 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 microgouttelettes 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 avez une allergie aux autres composants de Prevalin Allergie. De très rares cas de réaction allergique avec symptômes tels que le nez bouché qui coule, douleur localisée, sécheresse, rougeur et/ou éruption cutanée. En cas de suspicion d'allergie à Prevalin, arrêtez immédiatement l'utilisation et consultez un professionnel de la santé.

Comment utiliser PREVALIN™ ALLERGIE

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

PPV: 50 DH 00

LOT. 38J22017

FAB. 02/2022



8 9011171258662

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

Marque déposée

CLINIQUE MERS SULTAN

CENTRE DES EXPLORATIONS FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

64,Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca

Tél: 05 22 27 02 79 / 05 22 27 72 72

Nom : **Azzouz EL OIRI**

Taille: 164 cm

Age:

72 Ans

Date Naissance: 01/01/195

ID: **AzzEL 01011951**

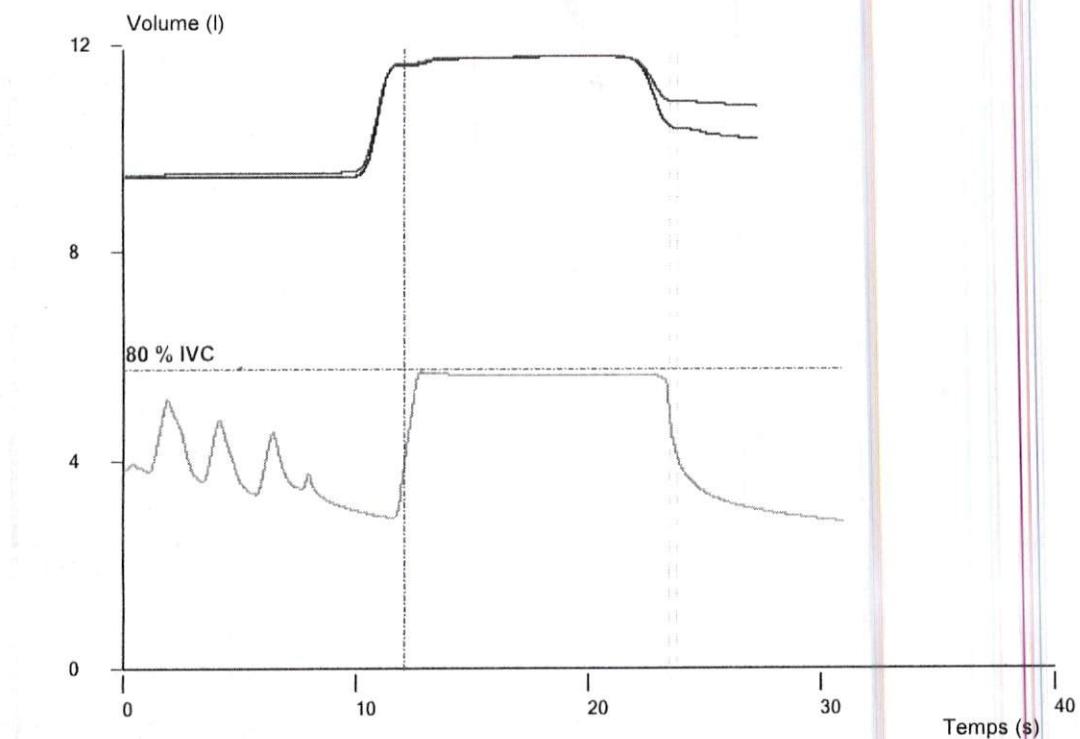
Poids: 80 kg

Genre:

Masculin

BMI: 29,7 kg/m²

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:

légère baisse de la DLCO.

DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
11, Rue Larquier 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	Sortie
Prise en charge	PAYANT	27/07/2023	27/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
DLCO	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	900,00
Total				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total général	900,00
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