

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 56183 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAYADOURI KAMAL

Date de naissance :

18/07/1961

Adresse :

Quartier des Hôpitaux Angle Sébla et
Prorence Im 29 sp 11 Casablanca

Tél. :

0661339012 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

PROFESSEUR EL KABLI H.
Sébastien Interne
NPE: 091031336

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16/1/2024

Nom et prénom du malade : DILHI SAMIAH Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lymphome myéloïque en phase

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

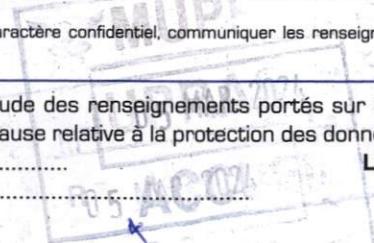
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 16/01/2024

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
13/01/2024	verso de l'app F.N : 993.2024		2400,-	<i>DR</i> EL KARIFI HASSAN MEDICINE INTERNALE 01031336

~~EXECUTION DES CADONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/03/2010	52,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

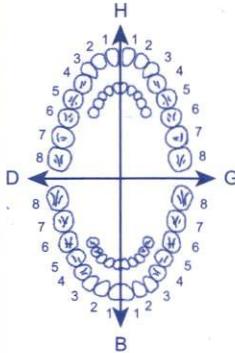
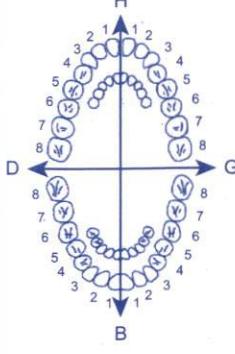
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
					
				Coefficient DES TRAVAUX 	
				MONTANTS DES SOINS 	
				DEBUT D'EXECUTION 	
				FIN D'EXECUTION 	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				Coefficient DES TRAVAUX 	
				MONTANTS DES SOINS 	
				DATE DU DEVIS 	
				DATE DE L'EXECUTION 	

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلاوي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le

28/12/94

دار البيضاء، في

PER-002
SER-002

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 52DH40
6 118000 011460

M^{mo} Dr'mr Samia.

1) Ballonyl.

14X3/1

avant au

(S.V)

52.40

2) Smecta 1 sachet x 2/1x10g

3) Coracidine 14X2/1x10g

professeur EL KABLI H.
Médecine Interne
N°DE : 091031336

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca
Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74
E-mail : hassanelkabli@gmail.com

PHARMACIE AL BOUDOUR Sarl AU
casa de la droguerie al boudour
Casa de la drogueria al boudour
115, Rue Sébastien Brant, Casablanca 20500
pharmaciealboudour@gmail.com : 06 54 41 64
Tél: 0522 847 00066
Fax: 0522 847 00066
RC: 51 INPE: 092004357



F A C T U R E

N° 993 / 2024 du 20/01/2024

Nom patient	DLIMI SAMIHA	Entrée 13/01/2024	Sortie 16/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHAMBRE SIMPLE	3,00		500,00	1 500,00
GRATUITE ACCORDE ADM-	1,00	GRATUIT	-697,49	-697,49
			Sous-Total	802,51
PHARMACIE	1,00		697,49	697,49
			Sous-Total	697,49
Total Frais Clinique				1 500,00
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. EL KABLI (interne)	1,00	K	900,00	900,00
			Sous-Total	900,00
Total prestations externes				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total général 2 400,00
DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces	Droit de l'interne réglé Selon Les Dispositions de l'Article 252-I-B du CGI			Total encaissé	Solde
	2 400,00				2 400,00	0,00

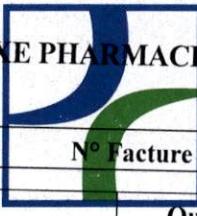
*Droit de l'interne réglé
Selon Les Dispositions de
l'Article 252-I-B du CGI*

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca 1
Tél: 05 22 27 72 72

clinique mers sultan

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : DAIMI SAMIHA



مصحة
mers
السلطان

PAYANT

24A161240

N° Facture

993

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BANDE DE GAZ 10 CM X 5 (001)	1	4,00	4,00
INTRANULE ROSE (01)	2	4,00	8,00
METHYLPREDNISOLO INJECTA (01)	41	13,70	561,70
OMEPRAZOL NORMON INJECTA (01)	3	29,90	89,70
PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)	3	4,00	12,00
SERINGUE 10CC (001)	5	2,00	10,00
SERUM GLUCOSE 5% 500ML SOLUTIO (12)(1)	1	12,09	12,09
Total pharmacie			697,49

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca ①
Tél: 05 22 27 72 72

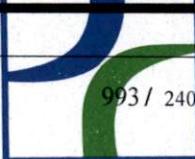
شارع عمر اldrissi (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
الهاتف: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
RC : 45021 - I.F 2501099 - Patente : 34450506 - CNS : 1420869 - ICE : 001728360000010
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com / www.cliniquemersultan.com

clinique mers sultan

Le : 20/01/2024

Références

NOTE D'HONORAIRES



993 / 240120085821005507

مصحة
mers
السلطان

Le Pr. EL KABLI

Taxe professionnelle TPA
Igr
I.C.E
Cnss

Présente à Mr DLIMI SAMIHA

Prise en charge	PAYANT
Traité à :	CLINIQUE MERS SULTAN
Entrée / Sortie	13/01/2024 16/01/2024

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

900,00 Dhs (NEUF CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature

*professeur EL KABLI H.
Médecine Interne
INPE : 091031336*



Nom du patient : **DLIMI SAMIHA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **EL KABLI**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **13/01/2024**

Date sortie **16/01/2024 09:53**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : **HODA**

20/01/2024 09:02

24A131240

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca ①
Tél: 05 22 27 72 72