

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Recommandations 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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0036462

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00566 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHIRI ABDERRAFIH

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-036462

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.



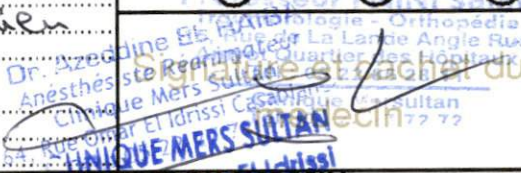
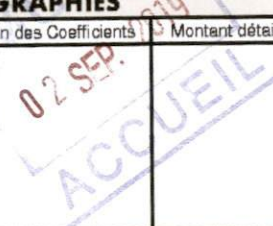
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :


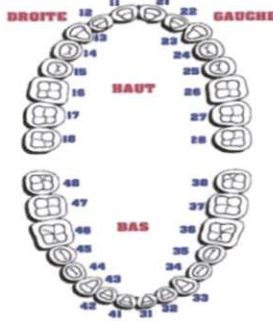
 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W14-002535		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom TAHIRI Abdelhak		Téléphone 0661 282379		Signature de l'Adhérent 	
Fonction 00666		Mail			
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient BENCHERKOUX Dine		Age 37 ans		Date de la première visite 25.08.19	
Nature de la maladie Syndrome canal carpien		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Dr. Azeddine EL HADJOU - Orthopédie Anesthésie et Réanimation - Quartier des Hôpitaux Clinique Mers Sultan - Casablanca 64 Rue Omar El Idrissi Casablanca - Casablanca 77 72		Cachet du Médecin 			
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes 26/08/19		Nature des actes Sans Déficit 2425/19		Montant détaillé des Honoraires 4000,00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates 26-8-19		Montant de la facture 4130,20			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Cachet du Médecin 			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates		Nombre AM PC IM IV			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Montant détaillé des Honoraires			

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
ODF Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
35533411	11433553															
B																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin de l'exécution													

Cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

108

2612819
Bencherkoune Leila

LOT : 1641
PER : 02-21
P.P.V : 132DH00

132,0

22

22

22

22

22

$(2 \times 138,10) = 276,20$

Lovenox 214
22 x 035 =

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Professeur ENIM Salah
Traumatologie - Orthopédie
5, Rue de La Grande Angie, Bât
Amyot Quartier des Hôpitaux
Tél : 05 22 86 26 11
Clinique Mersultan
Tél : 05 22 72 72 75

22 = 130,20

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 : الفاكس - الدار البيضاء - (قرب حديقة مردوخ) - 04
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 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 70 / 05 22 27 33 85 : الهاتف
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

PHARMACIE L'ARCHIDE
Boulevard Chandi &
AZAMMOUR
CASABLANCA
05 22 36 66 22

SwTrom $\frac{1}{2}$ p a commence
de l'embarcadour

22/08/2013 12:31 0522237264 0522237264
à l'attention de : Mlle = SOUKAIMA



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Appel le 23/08/2019

Le/08/2019

Matricule : 666	A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Nom et Prénom de l'adhérent :	e-mail : abdelhakim.2ahmi	Phones : 0661 200379
Nom et Prénom du bénéficiaire :	Hakim.2ahmi.com	

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>SOUKAIMA</u>	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>Kc = 60</u>	

Une hospitalisation de (approximatif) <u>3 jours</u>
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Syndrôme de Canal Carpien

Cachet, date et signature du praticien

Professeur FNINI Salah
Traumatologie - Orthopédie
15, rue de La Lande Angélique
Amyot Quartier des Hôpitaux
Tél : 05 22 88 20 11
Clinique Mersaultan
Tél : 05 22 27 72 72

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

OK Kc 60



N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

PJ = certificat
DR = FNINI



Casablanca le : 26/08/19

Nom : Mme.BENCHEKROUN LAILA

Diagnostic : CANAL CARPIEN

Chirurgien : Pr. FNINI

Anesthésiste : Dr. EL HAIBA

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Sous anesthésie générale /locorégionale.

Abord par voie antérieure dans l'axe du quatrième métacarpien.

Ouverture cutanée.

Ouverture du ligament annulaire antérieur du carpe.

Neurolyse du nerf médian.

Synovectomie partielle/totale.

Professeur F. FNINI, Salah
Traumatologie - Orthopédie
15, Rue de L. Lande, 20000, Casablanca
Amyot Quatre des Hôpitaux
Tél : 05 22 26 79 42 / 05 22 27 59 61 / 05 22 27 32 85
Clinique Mers Sultan
Tél : 05 22 26 79 42



CLINIQUE MERS SULTAN

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

27/08/2019 08:56

Nom Patient :	BENCHEKROUN LAILA	911260818
---------------	-------------------	-----------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
26/08/2019	BANDE DE GAZ 10 CM X 5 (001)	4377	1,00	4,00	4,00
26/08/2019	CAGOLE BLEU (100)(1)	4377	1,00	1,60	1,60
26/08/2019	COMPRESSE GRAND 10 (001)	4377	15,00	1,00	15,00
26/08/2019	CRIN (001)	4377	1,00	18,00	18,00
26/08/2019	GANT JETTABLE (001)	4377	6,00	2,00	12,00
26/08/2019	GANT STERILE (001)	4377	3,00	9,00	27,00
26/08/2019	INTRANULE (001)	4377	1,00	4,00	4,00
26/08/2019	LAME DE BISTOURI (001)	4377	2,00	3,00	6,00
26/08/2019	MIDAZOLAM 5mg/5ml INJECTA (10)(1)	4377	1,00	7,68	7,68
26/08/2019	PROPOFOL KABI INJECTA (05)(1)	4377	2,00	37,40	74,80
26/08/2019	SERINGUE 10RR (001)	4377	1,00	3,00	3,00
26/08/2019	SERINGUE 20 RR (001)	4377	2,00	3,00	6,00
26/08/2019	SERINGUE 5RR (001)	4377	1,00	2,00	2,00
26/08/2019	SERUM SALE 0.9 500ML INJECTA (12)(1)	4377	1,00	10,49	10,49
Total pharmacie					191,57

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casa - Tél: 05 22 27 72 7



ICE:001728360000010

F A C T U R E

N° : 2425 / 2019 du 27/08/2019

Numéro dossier : 9H260818

Médecin traitant : DR. EL HAIBA

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BENCHEKROUN LAILA	Payant	26/08/19	26/08/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE SIMPLE		1,00	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	K50	1,00	1 408,43	1 408,43
			Sous/Total	1 808,43
PHARMACIE		1,00	191,57	191,57
			Sous/Total	191,57
Total clinique				2 000,00

PR. FNINI (traumato)	K50	1,00	1 600,00	1 600,00
DR. EL HAIBA (anesthésiste)	k50	1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	2 000,00
Total autres prestations				2 000,00

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL	4 000,00
QUATRE MILLE DIRHAMS					
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
	CH N 6756528/BMCE	4 000,00	4 000,00		

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casa - Tél: 05 22 27 27



BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mme BENCHEKROUN LAILA		
Chambre :		
Médecin traitant	EL HAIBA	
Prise en charge	Payant	
Date entrée	26/08/2019	
Date sortie	26/08/2019	10:25
Le caissier	L'infirmier	Le major

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
C.asa - Tél : 05 22 27 72 72



Le : 27/08/2019 08:56

Références

2425 / Payant

N°:64051

Entrée / Sortie : 26/08/2019 - 26/08/2019

Le Professeur FNINI

présente à Mme BENCHEKROUN LAILA

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

1 600,00 Dhs (MILLE SIX CENTS DIRHAMS)

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

Chèque

Cachet et signature

Professeur FNINI Salah
Traumatologue - Orthopédiste
Centre de Luxation Aigle Rue
Miyot Quartier des Hôpitaux
Tél: 05 22 46 28 11
Clinique Mers Sultan
Tél: 05 22 72 72

CLINIQUE MERS SULTAN

NOTE D'HONORAIRES

27/08/2019 08:56 FO

Le : 27/08/2019 08:56

Références

2425 / Payant

N°:64052

Entrée / Sortie : 26/08/2019 - 26/08/2019

Le Docteur EL HAIBA

présente à Mme BENCHEKROUN LAILA

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

400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

Chèque

Cachet et signature

Dr. Azeddine EL HAIBA
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Mers Sultan
64 Bd Omar El Idrissi
Tél: 05 22 72 72