

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

Sons 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.

Education :

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.

Opticien :

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

Nº P19-0036462

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00666 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHIRI ABDELLAFIH

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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°		DATE DE DEPOT		
		W14-002535				
A REMPLIR PAR L'ADHERENT						
NOM & Prénom	TAHIRI Abdessif		Telephone	Signature de l'Adhérent		
Fonction	Matricule	Mail	0681.980399	TAHIRI		
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT						
NOM & Prénom du patient	BENCHERIF DOUR Douda		Age	Date de la première visite		
Nature de la maladie.		Adhérent <input type="radio"/>		Conjoint <input type="radio"/>	Enfant <input type="radio"/>	
Syndrome canal carpien		Dr. Azeddine El Hachemi - Orthopédia Anesthésiste Reanimateur La Lande Angle Rue Chirurgie Mers Soltane Casablanca El Idrissi Casablanca 777 77 11 Rue El Idrissi Casablanca Sultan		Signature du Médecin		
RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN						
Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
26/08/19	Jour Séjai Kw: 2425119	150 - Tel. 0681.980399		40000,00		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Dates		Montant de la facture				
26/08/19	26.8.19	430,20				
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		02 SEP.		ACCUEIL		
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
DROITE				<input type="text"/>
GAUCHE				<input type="text"/>
HAUT				<input type="text"/>
BAS				<input type="text"/>
Montant des soins				<input type="text"/>
Début d'exécution				<input type="text"/>
Fin d'exécution				<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
DROITE	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	<input type="text"/>
GAUCHE	D	00000000 00000000 00000000	B	<input type="text"/>
HAUT		21433552 00000000 00000000 11433553		<input type="text"/>
BAS				<input type="text"/>
Montant des soins				<input type="text"/>
Date du devis				<input type="text"/>
Fin de l'exécution				<input type="text"/>
Cachet du praticien		Visa et cachet du praticien		

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

108

M^r Benchekroun Leilo

26/12/81/9

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

132,00

~~newtop~~

22,00

22,00

② adol sign 31,00

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

③ Lovenox 914 ml

11g en art x 03 J

= 02 J

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
P.P.V : 138,10 DH

E 118001 080472

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

E 118001 080472

Professeur FNIMI Salah
Trumatologie & Orthopédia
15, Rue de Laide
Amyot Quartier des Hôpitaux
Tél : 05 22 86 26 11
Clinique Mersultan
Tél : 05 22 77 72 72

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 - 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
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 71 / 05 22 27 33 85 :
الهاتف:

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 00172283600000010

CLINIQUE L'ORCHIDEL
Boulevard Chabri &
DZARZOUR
CASABLANCA
Tél : 05 22 36 66 21

Sutton kept a commerce
by James Pauli



à l'Attention de : Mme SOKAIMA
0522237264



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Appel le 23/08/2019

Le/08/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 666

e-mail : abdenafih_zahia

Phone : 0661200379

Nom et Prénom de l'adhérent :

Abdenafih Zahia

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Kc = 6

Une hospitalisation de (approximatif)

Yann

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) :

Gardien de Ord/Ophtal Dr.

Cachet, date et signature du praticien

PROFESSAINE FAVINI Salot.
Traumatologie - Orthopédie
15 Rue de Le Lande Anglade
Anlyot Quartier des Hôpitaux
Tél : 05 27 88 20 11
Clinique Meraultan
Tél : 05 27 77 72

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

O/C K GO



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. FAVINI



Casablanca le : 26/08/19

Nom : Mme.BENCHERKOUN 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 Faïd El Salah
Tréumatologue - Orthopédiste
15, Rue de La Lande - Casablanca
Amyat Quartier des Hôpitaux
Tél : 05 22 86 26 11
Clinique Mers Sultan
Tél : 05 22 72 72 72*



CLINIQUE MERS SULTAN

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

27/08/2019 08:56

Nom Patient						
Nom Patient	BENCHEKROUN LAILA					9H260818
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	CAGOULE 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
Casablanca - Tél : 05 22 27 72 72



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 (anesthesiste)	k50	1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	2 000,00
Total autres prestations				

Arrêtée à la somme de :				
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
Casab - Tel: 05 22 27 72 72*



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
Casab - Tél : 05 22 27 72 72

clinique mers sultan

CLINIQUE MERS SULTAN



مصحة

NOTE D'HONORAIRES

27/08/2019 08:56 FO

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

Professor ZAINI Salah
Trainer - Orthopedic
Head of the Orthopedic Department
Hospital Center of Casablanca
Tel: 05 22 27 58 11
Clinique Mers Sultan
Casablanca

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. Abdellatif EL HAIBA
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Mers Sultan
64 Rue Guellal El Haiba Casablanca
Télé: 05 22 27 72 72

64، شارع عمر الأدريسي (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

هاتف: 05 22 27 72 72(L.G) / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 59 61 / 05 22 27 32 85

RC : 45021 - I.F : 2501099 - Patente : 34450506 - CNSS : 1420869 - ICE : 001728360000010

E-mail : cliniquemerssultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma