

# 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.

## 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.

## 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



ND: 27444

## Déclaration de Maladie : N° P19-0013337

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BAYDOURI KAMM Date de naissance : 18/07/61  
Adresse : Quartier des Hopitales Angle El Hadjoui 1011 Im. 29. cas  
Tél. : 066139012 Total des frais engagés : 26000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2020  
Nom et prénom du malade : DLIMI SAMHA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Lypus systémique avec atteinte rénale  
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 : 22/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/5/2020       | voir détail<br>N° 1065/2020 |                       | 2600,-                          |  |
|                 |                             |                       |                                 |  |
|                 |                             |                       |                                 |  |
|                 |                             |                       |                                 |  |
|                 |                             |                       |                                 |  |
|                 |                             |                       |                                 |  |
|                 |                             |                       |                                 |  |
|                 |                             |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# 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 |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

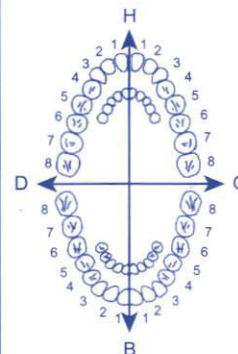
Le Praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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

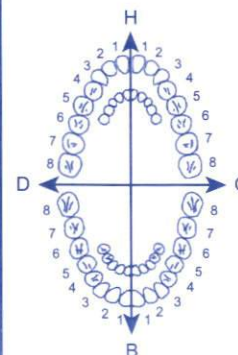
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

14/05/2020 15:43

Nom Patient : DLIMI SAMIHA

0E121452

| Date            | Produit consommé                       | N° BS | Quantité | Prix Unit. | Total    |
|-----------------|--|-------|----------|------------|----------|
| 12/05/2020      | BANDE DE GAZ 10 CM X 5 (001)           | 5296  | 1,00     | 4,00       | 4,00     |
| 12/05/2020      | CAGOULE BLEU (100)(1)                  | 5296  | 1,00     | 1,60       | 1,60     |
| 12/05/2020      | CLOPRAME 10 mg INJECTA (10)(1)         | 5296  | 1,00     | 1,39       | 1,39     |
| 12/05/2020      | INTRANULE (001)                        | 5296  | 1,00     | 4,00       | 4,00     |
| 12/05/2020      | METHYLPREDNISOLO 40MG INJECTA (20)(1)  | 5296  | 25,00    | 14,00      | 350,00   |
| 12/05/2020      | OMEPRAZOL NORMON INJECTA (01)          | 5296  | 1,00     | 29,90      | 29,90    |
| 12/05/2020      | PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)            | 5296  | 1,00     | 4,00       | 4,00     |
| 12/05/2020      | SERINGUE 10CC (001)                    | 5296  | 2,00     | 2,00       | 4,00     |
| 12/05/2020      | SERUM.G. 5%POCHE 500ML INJECTA (20)(1) | 5296  | 1,00     | 13,10      | 13,10    |
| 13/05/2020      | INTRANULE (001)                        | 5056  | 1,00     | 4,00       | 4,00     |
| 13/05/2020      | METHYLPREDNISOLO 40MG INJECTA (20)(1)  | 5056  | 25,00    | 14,00      | 350,00   |
| 13/05/2020      | OMEPRAZOL NORMON INJECTA (01)          | 5056  | 1,00     | 29,90      | 29,90    |
| 13/05/2020      | PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)            | 5056  | 1,00     | 4,00       | 4,00     |
| 13/05/2020      | SERINGUE 10CC (001)                    | 5056  | 1,00     | 2,00       | 2,00     |
| 14/05/2020      | CLOPRAME 10 mg INJECTA (10)(1)         | 5072  | 1,00     | 1,39       | 1,39     |
| 14/05/2020      | METHYLPREDNISOLO 40MG INJECTA (20)(1)  | 5072  | 25,00    | 14,00      | 350,00   |
| 14/05/2020      | OMEPRAZOL NORMON INJECTA (01)          | 5072  | 1,00     | 29,90      | 29,90    |
| 14/05/2020      | PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)            | 5072  | 1,00     | 4,00       | 4,00     |
| 14/05/2020      | SERINGUE 10CC (001)                    | 5072  | 2,00     | 2,00       | 4,00     |
| 14/05/2020      | SERUM G5 250 POC SOLUTIO (30)(1)       | 5072  | 1,00     | 13,10      | 13,10    |
| Total pharmacie |  |       |          |            | 1 204,28 |

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





**F A C T U R E**

N° : 1065 / 2020 du 14/05/2020

Numéro dossier : 0E121452

Médecin traitant : PR. KABLI

| Nom du patient   | Modalité de paiement | Période hospitalisation |          |
|------------------|----------------------|-------------------------|----------|
| Mme DLIMI SAMIHA | Payant               | 12/05/20                | 14/05/20 |

| Désignations des prestations | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|------------------------------|-------------|------|---------------|------------|
|------------------------------|-------------|------|---------------|------------|

|                       |         |      |                   |                 |
|-----------------------|---------|------|-------------------|-----------------|
| DEMI JOURNEE          |         | 3,00 | 200,00            | 600,00          |
| GRATUITE ACCORDE ADM  | GRATUIT | 1,00 | -104,28           | -104,28         |
|                       |         |      | <b>Sous/Total</b> | <b>495,72</b>   |
| PHARMACIE             |         | 1,00 | 1 204,28          | 1 204,28        |
|                       |         |      | <b>Sous/Total</b> | <b>1 204,28</b> |
| <b>Total clinique</b> |         |      |                   | <b>1 700,00</b> |

|                                 |    |      |                   |               |
|---------------------------------|----|------|-------------------|---------------|
| PR. KABLI (interne)             | V3 | 3,00 | 300,00            | 900,00        |
|                                 |    |      | <b>Sous/Total</b> | <b>900,00</b> |
| <b>Total autres prestations</b> |    |      |                   | <b>900,00</b> |

|   |                 |          |       |                      |                 |
|---|-----------------|----------|-------|----------------------|-----------------|
| Arrêtée à la somme de :<br>DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAMS |                 |          |       | <b>TOTAL GENERAL</b> | <b>2 600,00</b> |
| Encaissé espèce   | Encaissé chèque | Total    | Solde |                      |                 |
| 2 600,00  |                 | 2 600,00 |       |                      |                 |

CLINIQUE MERS SULTAN  
64, Rue Omar El Idrissi  
Casablanca - Tél: 05 22 27 71



NOTE D'HONORAIRES

Le : 14/05/2020

Références : 1065 / Payant  
Entrée / Sortie : 12/05/2020 - 14/05/2020

Le Professeur **KABLI**  
INTERNE  
Patente n° :  
Adresse

a l'honneur de présenter Mme **DLIMI SAMIHA**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**900,00 Dhs** (NEUF CENTS DIRHAMS)

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

Professeur Hassan El Kabli  
Professeur de l'enseignement  
Supérieur  
Médecine Interne  
CLINIQUE MERS SULTAN

Cachet et signature

clinique

CLINIQUE MERS SULTAN  
64 BD OMAR IDRISSE  
CASABLANCA

sultan

Casablanca



مصحة  
مرس  
السلطان

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **Mme DLIMI SAMIHA**

Chambre :

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| Médecin traitant | <b>KABLI</b>            |
| Prise en charge  | <b>Payant</b>           |
| Date entrée      | <b>12/05/2020</b>       |
| Date sortie      | <b>14/05/2020 15:34</b> |

Le caissier

L'infirmier

Le major

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