

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10594 Société : RAM Ag 2003

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAYLANI ABDERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 26 92 83 Total des frais engagés : 2655,30 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. M. El HAYLANI TACHFINE
MEDECIN BIABETOLOGUE
361 Bd IDRIS EL HARTI C-D CASA
Tél : 05 22 38 69 87*

Date de consultation : 20 Janv. 2024

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DT HJA

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 : 26 JANV. 2024

Le : 25/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
20 Janv 2024	01	1/1		Dr Mostafa TACHFINE MEDICIN DU LABORATOIRE EL HARTI C-D CASA TÉL: 03 21 35 99 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Mostafa TACHFINE MEDICIN DU LABORATOIRE EL HARTI C-D CASA TÉL: 03 21 35 99 87	20/01/2024	2655,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, 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			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
	G			
				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



ORDONNANCE

Casablanca, le :

20 Janv 2024

الدار البيضاء، في

M El HAY LANI, Abderrahim

390,00x3

1 - GALTUS R



153,40x3

1 - 0 - 1



2 - Gly norm 2 mg

92,00x2

1 - 2 - 1



3 - 1

140 PRIC 4



30,70x3

1 - 1

KAROMAGIC 15

195,00x3

1 - 1

1 - 1

1 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1

1 - 1

6 - 1



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables

AMM N° 70015 DMP/21/NRQ

6 118000 022220

LOT 223590 1

EXP 10 2024

PPV 92 00



INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables

AMM N° 70015 DMP/21/NRQ

6 118000 022220

LOT 230158 1

EXP 12 2024

PPV 92 00

Glynorm® 2 mg

Boîte de 90 comprimés

AMM N° : 66/21/NRQd/DMP/VHA/18

6 118000 023265

Glynorm® 2 mg

Boîte de 90 comprimés

AMM N° : 66/21/NRQd/DMP/VHA/18

6 118000 023265

Glynorm® 2 mg

Boîte de 90 comprimés

AMM N° : 66/21/NRQd/DMP/VHA/18

6 118000 023265

153,40

LOT 230651 1
EXP 02 2025
P.P.V 153,40 DH

153,40

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT :23E007
PER :04 2025
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT :23E007
PER :04 2025
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT :23E007
PER :04 2025
6 118000 061847

Vibra 200 mg

8 comprimés sécables

6 118000 250449

P.P.V 89 00

10023688 89,00

LOT: IC30978

PER: 08/2025

PPV: 75 DH 00

NAZAL® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269



PHARMAÇIE EL MANAL

320, BD OUM ERRABII, OULFA

Docteur en pharmacie

R.C :355074

Patente:35091196

T.V.A :092025188

C.N.S.S:7056931

Banque:190 780 212117567691 0011 34

Tél :0522 93 28 29

Le 20/01/2024

FACTURE N°206768

N° ICE : 001607520000095

ELHAYLANI ABDERRAHIM

N° IF : 51463579

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	ON CALL EXTRA BANDELETTE/50	195,00	0,00	195,00	585,00		585,00	97,50	20,00

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607559534
INFO PHARMA
10, Rue Boualane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92



6 82607559534
INFO PHARMA
10, Rue Boualane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92



6 82607559534
INFO PHARMA
10, Rue Boualane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92



صيغة النيل
Pharmacie El Manal
Dr. Nawa Bennani
320 Bd. Oum Errabii, Oulfa
Tél: 0522 93 28 29

INPE: 092025188
ICE: 001607520000095

Barcode: 092025188
ICE: 001607520000095

BRUT TTC	585,00	- Remise	0,00	= NET TTC	585,00
----------	--------	----------	------	-----------	--------

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

487,50 Montant

97,50

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams.