

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE ROUR

## 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.

### diologie 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.

### que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de éducatives.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### tre :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### et Affection Longue Durée ALD et ALC :

éclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

### resses Mails utiles

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| formation                   | : contact@mupras.com  |
| en charge                   | : pec@mupras.com      |
| ion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                       | Date       | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| HARMACHE 153, Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba Zerib Ghellaf - Casablanca) | 04/01/2021 | 476,40                |

### 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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         |
|                           |                                                                                                 |                                              |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                       |                                              |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411                                               | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           | DATE DU DEVIS           |
|                           | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                              |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

14/04/2022

LAAZEL

Mohamed

316,00



X

Plavix 75



1 cp/15



2 x 30,70

X

Ketorolac 75



15/15



99,00

X L-D WAT 20



1 cp/15

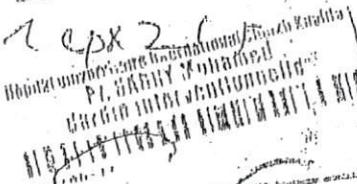
476,40

Cor-Vascul 2 mg



1 cpx 3/15

Vastarel 35



**PHARMACIE WATO**  
• 153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 12 07

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca (Maroc) • Tél: +212 522 000 400 • Fax: +212 529 031 111 • Mail: wato@wato.ma • Tel: 0522 25 12 07

**PHARMACIE WATO**

153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)



# PHARMACIE WATO (EX M'BIRKOU)

153,day ould sidi baba derb ghalef

DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA

Pharmacien Aromathérapeute

Université de Genève

R.C :315533

Patente:34704247

T.V.A :

C.N.S.S:4622002

Tél :0522251607

Le 04/01/2021

**FACTURE N°462080**

N° ICE : 001560336000065

N° IF : 15204335

LAAKEL MOHAMED

| Qté                                                                                                              | Désignation              | Prix Public de Vente<br>PPV Unitaire | Total<br>BRUT | Dont<br>TVA | %<br>Taux |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------|
| 2                                                                                                                | KARDEGIC 75 MG BT 30 STS | 30,70                                | 61,40         |             |           |
| 1                                                                                                                | PLAVIX 28CP              | 316,00                               | 316,00        |             |           |
| 1                                                                                                                | LD-NOR 20MG 30CP         | 99,00                                | 99,00         |             |           |
| PHARMACIE WATO<br>153, Rue Habacha<br>(Bd Day Ould Sidi Baba)<br>Derb Ghallaf - Casablanca<br>Tél: 0522 95 16 07 |                          |                                      |               |             |           |
| <b>TOTAL T.T.C :</b> 476,40                                                                                      |                          |                                      |               |             |           |

|              |               |           |                |         |
|--------------|---------------|-----------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | Montant : | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|-----------|----------------|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Soixante-seize Dirhams et 40 centimes.

SERVICE CARDIOLOGIE  
TEL DIRECTE :0529 050 234

Casablanca le 19/04/2019

## CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE DE LONGUE DUREE

Rue du Maroc, 18, boulevard Mohamed Taeib Naciri, Hay El Hassani,  
Casablanca, Maroc.  
Tél : +212 5 29 00 44 66  
Site web : www.hck.ma

Je soussigné, , cardiologue à l'hôpital Cheikh

Khalifa Certifie que **Mr LAAKEL MOHAMMED** est suivie pour **UNE MALADIE CARDIAQUE CHRONIQUE** et que son état de santé nécessite un suivi régulier et un traitement de longue durée.

Ce certificat est délivré à l'intéressé, pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : PR SABRY

