

# 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

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 : DAR KHATI SAIDA - Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

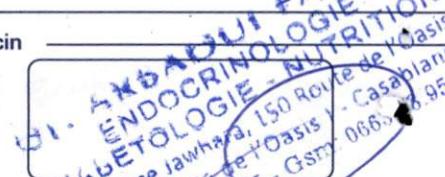
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 30/11/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
30/11/23 C2			300 dh	
				DOCTEUR FATHI ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION 150 Avenue de l'Oasis 0669 48.95.48

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.01.23	1669,00

## ANALYSES - RADIographies

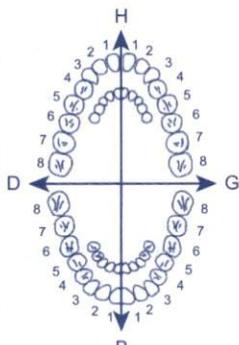
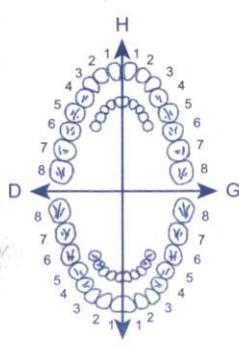
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, 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														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1" data-bbox="1588 925 1827 1072"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 30/01/2023

No DARKASUJ Saido

69° Glucosidase part 1D



$200^{\circ}\text{C} \times 8 = 1600^{\circ}$   
Bake at 1600° for 1 hour



\* VIGNETTE

GLURENOR® 30 mg  
60 comprimés O  
PPV 69DH

## Träte + der B - zw

اقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (م مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis ( En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

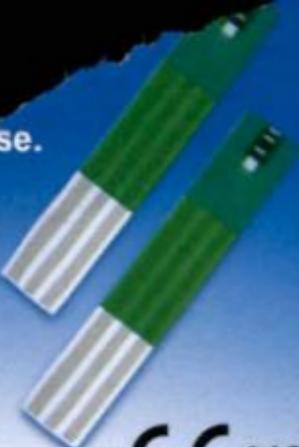
Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

IVD



2°C 35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

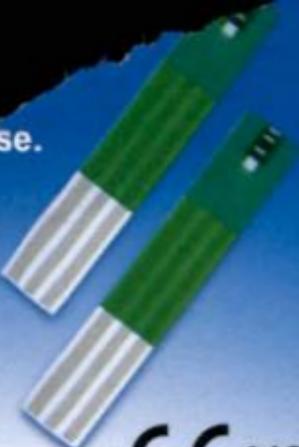
Fax: + 212 5 22 47 45 92

IVD



2°C 35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

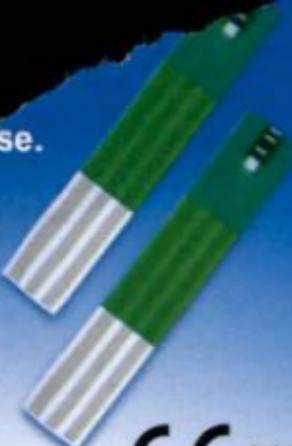
Fax: + 212 5 22 47 45 92

IVD



2°C 35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

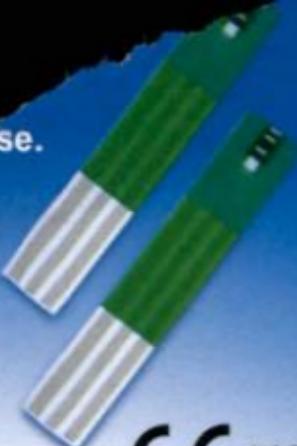
Fax: + 212 5 22 47 45 92

IVD



2°C 35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

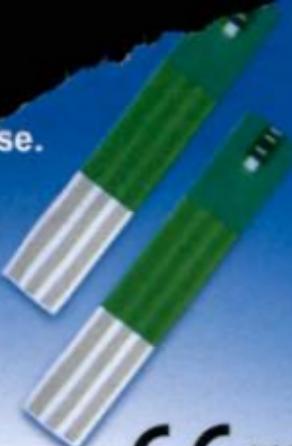
Fax: + 212 5 22 47 45 92

IVD



2°C 35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

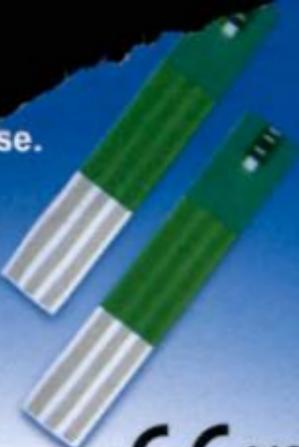
Fax: + 212 5 22 47 45 92

IVD



2°C  35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

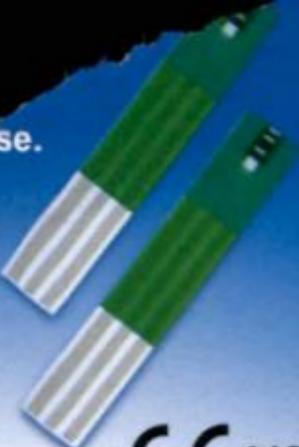
Fax: + 212 5 22 47 45 92

IVD



2°C  35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

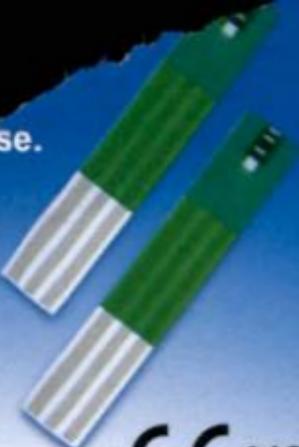
Fax: + 212 5 22 47 45 92

IVD



2°C  35°C

Σ  
50



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

\*\*PHARMACIE ANISSA \*\*

DR MAHMOUD FARKHOJAT

312.I.LOTISSEMENT ZEOUBIR CASABLANCA

Tél :

Patente N°: 32971190

N° R.C. : 278286

Compte :

CNSS : 6068747

Id.Fiscale : 50805205

ICE : 000489860000021

Le : 30/01/2023

Mm DARKAOUI SAIDA

FACTURE : 60039 du : 30/01/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
8	ON CALL PLUS BANDLET/50	200,00	1 600,00	0,00%
Total TTC				1600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE SIX CENTS DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	1 600,00	0,00	1 600,00
		1 600,00	0,00	1 600,00

