

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

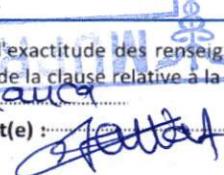
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-724927

149855

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	4236	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HARAKAT Wafa			
Date de naissance : 25/06/1954			
Adresse : Dar Nalak Rue 55 El Azourki - CIC Casablanca			
Tél. :	0663444000	Total des frais engagés :	530,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :   DR. HARAKAT WAFA Radiologie et Médecine Pédiatrique BIMC Hôpital 103241 1 DEC. 2022			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 Signature de l'adhérent(e) :  Le : 17/02/2023			

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
07/12/22			2100,00	INP : 091032946 URGENCE SALANNE - Neurologue Nerveux - Médecine botulique 32441

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE LA SOURCE</b> Melle EL MOCHABI MOUNA Docteur en Pharmacie Rue Ain Asserdou blanca Tel: ...	04/11/92	182,7

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

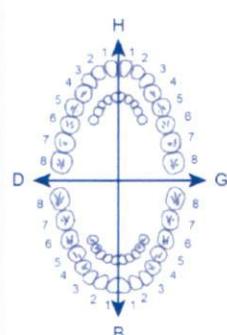
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

**O.D.F** DETERMINATION DU CŒFFICIENT  
**PROTHÉSES DENTAIRES** MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adionction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مَكْنَةُ دَارِ السَّلَامِ

## CLINIQUE DAR SALAM

**Docteur Rafai Ma**

**Professeur - Neurologue**

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations  
Neurophysiologiques

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux  
Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris

ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) -Toxine Botulique

neuroconsultcasa@gmail.com Tel: Rdv 0622 873 066  
SMS 0642 655 255

01 DEC. 2022

Casablanca, le

Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85  
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L

Docteur en Pharmacie  
Melle EL MOUMNI MOUNA

PHARMACIE LA SOURCE

NOM ET PRENOM:

J'Hemat mafne

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4017  
MFG: 06 2022  
EXP.: 06 2025  
PPV: 940hs00



94-9 ① 9 Yodoflex

MYDOFLEX® 150 mg  
Tolperisone HCl  
30 Comprimés pelliculés



PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMNI MOUNA  
Docteur en Pharmacie  
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L  
Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85

Date lim. ut:

12.2026

N° lot fab:

KET01

86. J

Professeur Rafai Ma

Explorations Neurophysiologiques -ENMG- EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires  
et Neuro-Musculaires)

Sur Rendez-Vous

Tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : neuroconsultcasa@gmail.com

Sur Rendez-Vous : 06 22 87 30 66

URGENCES 24/24 مستعجلات

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202211098	01/12/2022	Mme HARAKAT Wafa	Payant	01/12/2022 01/12/2022

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					50,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)			1	300,00	300,00
<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					300,00

Arrêtée la présente facture à la somme <b>TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	350,00
---	----------------------	--------

*URGENCE*  
Clinique DAR SALAM

URGENCES 24 / 24 مستجدات

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 -Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F.: 1087352  
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma  
ICE : 001660857000058