

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 :	03396	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CHEBADI ABDELKHA	
Date de naissance :		19-01-58	
Adresse :		14 AV. RANDAOUY Km 501 MAROUE	
Tél. :		0673081985	
		Total des frais engagés ..... Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

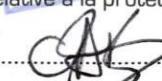
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	10/09/2019		
Nom et prénom du malade :		Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite aigüe		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : CRSM

Le : 06/09/2019

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
2023-03			0	DR. SEDRAI FENNIA INSTITUT DE THERAPEUTIQUE 10000 CASABLANCA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE DE LA COLLINE</b> parking CARREFOUR - Bât. Makrof (Ancien Makro) sablencia - Tel : 06 23 01 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp : 06 62 12 38 18 266958 - Pat : 3616204 - IF : 50731792 - CMSS : 6063490 : 00048382000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr	06/09/23	412,70

INPE : 092037209

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553
B	R

## **[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

# **Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**

**Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques  
Explorations Vasculaires par EchoDoppler  
Traitement des Varices par Sclérothérapie**

**Diplômée en Angiologie  
de la Faculté de médecine de Caen (France)**

**الدكتورة سلمى بنموسى**

**عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإلكوودبلر والصدى الملون  
علاج الدوالى بالتصليب والحقن**

**خريجة كلية الطب بكاين - فرنسا**

Casablanca le : **06 septembre 2023**

Nom : **Mr. CHEDDADI Abdelouhab**

ARCOXIA 90MG

**268,00**

1 Cp / jour au milieu du repas pd 7 jours

MYANTALGIC 20 COMP SIMPLE

**295,00**

1 Comprimé Matin et 1 Midi et 1 Soir pendant 5 jours

VITANEVRIL FORTE COMPRIME

**22,80 x 4**

2 comprimés Matin et 2 comprimés Soir pendant 1 mois

AULGER 20 MG

1 gélule Matin pendant 7 jours

**Dr. SELMA BENMOUSSA  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
22 Bd Yacoub El Mansour  
Espace El Mansour 2ème étage, N° 22  
Tél : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA**



**1's**

**PHARMACIE DE LA COLLINE**

Sur parking CARREFOUR Sidc-Marrouf (Ancien Makro)

Casablanca - Tel.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53

whatsapp : 06 62 28 38 18

RC : 266958 - Pat. 36193100 - T.F. 50731792 - CNSS : 6063490

ICE : 000483820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

**P = 412,90**

**PHARMACIE DE LA COLLINE**

Sur parking CARREFOUR Sidc-Marrouf (Ancien Makro)

Casablanca - Tel.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53

whatsapp : 06 62 28 38 18

RC : 266958 - Pat. 36193100 - T.F. 50731792 - CNSS : 6063490

ICE : 000483820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

**22 Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22, Casablanca**

**Tél : 05 22 23 58 83 - E-mail : drbenmoussa.angio@gmail.com**

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V : 268,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM/M-235/TGUMP/21/NTG

3881

70912491/  
1391-6-1



6 118001 160051

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

- LAPROPHAN - EXP 12/2024  
LOT 2H032 1

PPV: 29DH50

MYANTALGIC®

20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg



6 118000 033080

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

ITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593