

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 : 2867

Société : LAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EDDABI EL NOUSTAFI

Date de naissance : 18/11/1955

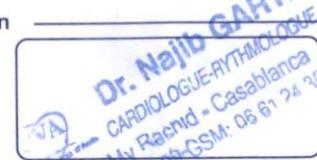
Adresse : 49 Rue d'Algérie ACT

Tél. : 0661321595

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ..... HTA

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 : .....

Le : 29/11/2023

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
24/11/2023	Ces à ECG		100 Dhs	Dr. Najib GARTI CARDIOLOGUE RYTHMOLÓGUE 15, BO. MV Rachid - Casablanca n° 22 23 09 09 GSM: 66 61 24 30 06

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/11/2023	181040

### 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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**[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



**Centre de Rythmologie  
de Casablanca**

**URAGENCES  
24/24**

05 22 36 09 09

## **Casablanca, le**

24/11/2023

*Mr (Mme)*

$3 \times Mo_{70}Fe_{30}$  10% Erbium Mrs. Wf

~~3x208, 62400' fols + 2~~

+13 mg

$$3 \times 87,50 = 262,50$$

- Netto 5,- 14')

LOT : 2127  
PER : 01-26  
P.P.V : 31 DH 10

$$3 \times 36,20 = 108,60$$

$$3 \times 26,90 \frac{8}{80} 70$$

$$2231.00 - 62.20 = 2168.80$$

$2 \times 31,10 = 62,20$   
dr. cts : 148 am br. sm

49,40 col homyl : 1 x 2

63,20 Zygotic 15 . 1') -

35(70) P & f 20 L 20. 1'

19. Bd. Franklin-Romanik 1-5 (Tanz)

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casablanca  
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001504/1444444444444444

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 82

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : [www.cvarythmologie.com](http://www.cvarythmologie.com)

208,00

208,00

208,00

LOT 230231 1  
EXP 12 2025  
PPV 26 90

LOT 230742 1  
EXP 02 2026  
PPV 26 90

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

35.70  
04 2026  
231382  
EXP  
LOT

LOT 232516 1  
EXP 08 2026  
PPV 26 90

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

49,40

PPV: 96DH00  
PER: 09/25  
LOT: M1410-3

63,20

LOT 223938  
EXP 11 2025  
PPV 36.20

PPV: 96DH00  
PER: 09/25  
LOT: M1410-3

LOT 222922  
EXP 09 2025  
PPV 36.20

LOT 230942  
EXP 03 2026  
PPV 36.20

**PH.CROIX DU SUD**  
**MME KTIRI JOUNDY FATIMA**  
**62 RUE MED SEDKI**  
**CASABLANCA**  
 Taxe Profes. N°: 35424065  
 N° R.C. : 372691  
 N° ID.F. : 20763230 N° ICE 001727771000005  
 N° CNSS: 1175638  
 Tel : 022277534  
 Fax : 022208027

Eddari moustapha

I.C.E. :

Le : 30/01/2024

**FACTURE N°:** 10639/24

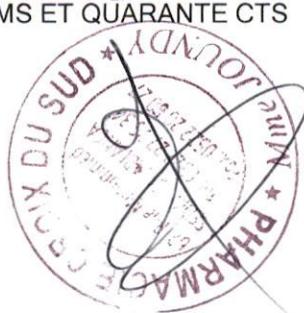
Qté	Désignation	Prix	Montant
3	XOLAMOL SOLUTION OPHTAL	110.70 ✓	332.10
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208.00 ✓	624.00
3	NEBILET 5MG 28CPS	87.50 ✓	262.50
3	STAGID 700MG /30CPS	36.20 ✓	108.60
3	ODIA 1MG B 30	26.90 ✓	80.70
2	DICLO PHARMA 50 MG / 20 CP	31.10 ✓	62.20
1	COLTRAMYL 12CPS	49.40 ✓	49.40
1	ZYRTEC 10MG 15CPS	63.20 ✓	63.20
2	PRAZOL 20MG /28GELULES	96.00 ✓	192.00
1	ALPRAZ 0.5MG /28CPS	35.70 ✓	35.70

TVA 7%: 48.06

Total : 1 810,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE HUIT CENT DIX DIRHAMS ET QUARANTE CTS



**زولامول®**  
**Xolamol®**  
 Lot: A 1.000  
 Fab: 04.23  
 Exp: 04.25  
 P.P.V: 110 DH 70

**زولامول®**  
**Xolamol®**  
 Lot: A D 0314  
 Fab: 04 23  
 Exp: 04 25  
 P.P.V: 110 DH 70

**زولامول®**  
**Xolamol®**  
 Lot: A F 0140  
 Fab: 06 23  
 Exp: 06 25  
 P.P.V: 110 DH 70