

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 :	1437	Société :	TAQI Détail PM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELBATTAKH FAITHA			
Date de naissance : 6.2.61			
Adresse : 09 Rue ABI SARAH La petite casa			
Tél. :	Total des frais engagés : 300 Dhs		

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	21/12/24		
Nom et prénom du malade :	El Batta		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie		
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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
21/12/23	D	139,00		CLINIQUE VILLE VERTE Dr. A. Chahine et Dr. S. Chahine Avocat au Barreau de Casablanca Tribunal de Commerce de Casablanca Rue Zinabouine, 100 Quartier La Villa Verte, Casablanca Tél: 05 22 63 71 11

## EXECUTION DES ORDRES DE TRAVAIL

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. A. CHAHINE & DR. S. CHAHINE Expert en Droit et Gérontologie 9, Boulevard Hassan II Boulevard Hassan II Casa Green Town, Villa Verte Casablanca Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57	19/12/23	96,10

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Médecin	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
ADUDIAGNOSTIC MOSS BENMAMON Dr. M. Moss Benmamon 10, Avenue Hassan II Casablanca Tél: 05 22 37 53 53	21/12/23	2145	1750,00

INPE: 091114413

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
CLINIQUE VILLE VERTE Casa Green Town, Villa Verte Bouskoura, Casablanca Tél: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57	21/12/23	1ufus' m + pharmacie	288,59

# 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	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**

ORDONNANCE

Urgences 24h/24

Médecine

Chirurgie

Réanimation

Radiologie

Cardiologie  
interventionnelle

Maternité

Réanimation  
Néonatale

Hémodialyse

Casablanca le,

19/12/2023

- El Batta Kh Fatiha  
4000

1) Néofortan cp 80mg

44,80 2cp 13j

2) Eucarbon

11,30 2cp x 3j

3. Vogal

96,10 3sp

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Villa Verte  
Bouskoura - Casablanca  
Tél: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE  
Dr. Othman CHARRI / Anestésie Bébé  
Bouskoura Casablanca  
Tél: 05 22 51 23 23

CLINIQUE VILLE VERTE  
Dr. Othman CHARRI / Anestésie Bébé  
Bouskoura Casablanca  
Tél: 05 22 51 23 23

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Villa verte Bouskoura 20180 - Casablanca.

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail : contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014 RC : 366157 TP : 32900326 IF : 20718149

Urgences 24h/24 - 7j/7 : 06 67 57 57 57

LOT: 130  
EXP: 03-2027

Laboratoires SOTHEMA  
CARBOSYLANE  
Boîte de 48 gélules (24 doses)  
PPV 44.80 DH



6 118001 070886

NEOFORTAN® 40 mg

PPU 40DH01  
EXP 04/2026  
LOT 31017 2

✓ LOT: 230702  
PER: 05-2026  
PPV: 11.30DH

**CLINIQUE VILLE VERTE**

EL SAN  
 TEL : 0522 51 23 23  
 TEL : 0667 57 57 57

**F A C T U R E**N° **6 576 / 2023 du 19/12/2023**

Nom patient	<b>EL BATTAKH FATIHA</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>	19/12/2023	19/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EN URGENCE RÉANIMATEUR DE G	1,00		400,00	400,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
		Sous-Total		600,00
PHARMACIE	1,00	PH	88,59	88,59
		Sous-Total		88,59
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>688,59</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  SIX CENT QUATRE-VINGT-HUIT DIRHAMS CINQUANTE-NEUF CENTIMES	<b>Total général</b>	<b>688,59</b>

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	<b>688,59</b>				<b>688,59</b>	<b>0,00</b>

