

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0017691

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : 157835

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRI RAHAL

Date de naissance : 01-01-1942

Adresse : SALDIAZ, Rue 38, Lx-28, app. 7

Tél. : 0661713696 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2028

Nom et prénom du malade : EL AMRI RAHAL Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Longue durée

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : HTA

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
27/03/23	CB		150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADILA-CASABLANCA 226, Boulevard Al Jouf Secteur 2 - Casablanca Tél: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000092 I.N.P.E: 092004506	27/03/23	73,80

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



جمعية دمج الإعاقة
AIH Association Inclusion & Handicap

مركز الترويض و التأهيل السالمية
Centre de Rééducation et
de Réadaptation Salmia

ORDONNANCE

Nom : Dr Amr
Prénom : Rehal

Age : 01/01/1941
N° de dossier : 6225

73,80



→ Acupuncture (cp)
1.0.0. 1.0.0

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA

C. FILALI GUENNOUN Ibtissam

226, Boulevard Al Joulane

Salmia 2 - Casablanca

Tél.: 05 22 38 01 47

ICE : 002115854000092

I.N.P.E : 092004506



Youssef YOUSSEF
SPECIALISTE MPR
Centre de Rééducation
& Réadaptation Salmia
INPE : 0911695

Casablanca le : 23/03/2023

**CENTRE DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION SALMIA / A I H**

TEL : 0522-562-155/141

BP.DHS

150.00

Reçu

Nom/Prénom du Patient

**AMRI
RAHAL**

N°

60247

N° du Dossier

6225

Reçu la somme en/par **ESPECE**

CENT CINQUANTE DIRHAMS

de Mr/Mme/Sté : **LUI M**

En Réglement de : **CS**

Fait à Casablanca le **27/03/2023**

Signature et cachet du Caissier

Signature du Payant



**CENTRE DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION SALMIA / A I H**

Rue N°2, Quartier Andalous, Salmia 2, CASABLANCA

Tél : 0522 562 155/141 - Fax : 0522 562 147

IF : 14407684 / CNSS : 9306962 / ICE : 001686026000077

INPE : 090061821



090061821

Facture N° : **F03902/23**

Date : **27/03/2023**

Destinataire

AMRI 'RAHAL

SALMIA 2 RUE 32 IMM 28 N 7
20700

CASABLANCA

PATIENT

NOM / PRENOM

N° DOSSIER

PERIODE DE FACTURATION

AMRI RAHAL

6225

TIERS PAYANT

REF.PC

Date	NATURE DE PRESTATION			Quantité	Cotation CLE * COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TAUX	MONTANT
CONSULTATION									
27/03/2023	CONSULTATION SPECIALISEE			1	CS	150.00	150.00	100 %	150.00
SOUS TOTAL				1	150.00				
Dont TVA incluse pour : Taux Tva				CA ht	Tva	Totaux TTC			
				150.00	0.00	150.00			
Total				150.00	0.00	TOTAL FACTURE			
				150.00					
Réglement, en espèce, par chèque libellé au nom du Centre de Rééducation et de Réadaptation Salmia ou par virement bancaire A N/CPTE ouvert auprès de ATTIJARI WAFABANK Agence SALMIA RIB N° 007 780 0003372000301680 51				Arrêtée la presente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DIRHAMS					
				<div>Centre de Rééducation Réadaptation SALMIA Rue 2</div>					

HEPA هيبانات

le dieci erbe

40 قرص

73,80 DH

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

A consommer de
préférence avant fin :
Lot n°

01/2026
20261

Produit Fabriqué par ESI srl
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY esl.it
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

Composition par comprimé de 400 mg :

Rhamnus purshiana écorce 85,4 mg. Jus d'aloë ferox 64 mg. Foeniculum vulgare graines 53,4 mg. Cassia angustifolia feuilles 42,7 mg. Glycyrrhiza glabra racine 16 mg. Gentiana lutea racine 16 mg. Taraxacum officinale racine 10,7 mg. Rhamnus alpinus écorce 10,7 mg. Rheum palmatum racine 10,7 mg. Marrubium vulgare sommités fleuries 10,7 mg. Maltodextrine ; agent de charge : Cellulose microcristalline ; antiagglomérants : sels de magnésium d'acides gras, dioxyde de silicium ; agents de revêtement : Hydroxypropylméthylcellulose, acides gras, cellulose microcristalline.

Propriétés :

Confort digestif et intestinal.

Conseils d'utilisation :

2 à 4 comprimés par jour.

Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ne pas utiliser pendant la grossesse.

Présentations :

- Boite de 20 comprimés.
- Boite de 40 comprimés.

Tenir hors de la portée des enfants.

Conserver le produit dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT

Produit Fabriqué par **ESI srl**
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY
www.esi.it

Importé et Distribué par **ESNAPHARM** - 7, Rue Abdelmajid Benjelloun
Maarif extension - Casablanca

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

FO067NMA-11/21.0

ENOHNV020-002

N° d'enregistrement : 2021112158/Mav4/DMP/CA/18