

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : Société : 157835

Actif Pensionné(e) Autre : ANRI RAHAL

Nom & Prénom : ANRI RAHAL Date de naissance : 01-01-1942

Adresse : SAL TIAL, Rue 31, T...-28, app. 7

Tél. : 0661713696 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2023

Nom et prénom du malade : EL ANRI RAHAL Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HOMME

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1961-2003

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
27/03/23	cb		150	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADILA-CASABLANCA Ibtissam FILALI GUENNOUN 226, Boulevard Al Jou Salma 2 - Casablanca Télé: 05 22 38 01 47 ICE : 002115854000092	20/03/2013	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
		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	
00000000	00000000
35533411	11433553

A circular diagram with 16 numbered circles arranged in a circle. The top half contains circles numbered 1 through 8 from left to right. The bottom half contains circles numbered 8 through 1 from left to right. In the center is a point labeled H. A horizontal line extends from the left labeled D and from the right labeled G. A vertical line extends downwards from the bottom labeled B.

[Création, remont, adjonction]
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXÉCUTION



AIH جمعية دمج الإعاقة
Association Inclusion & Handicap

مركز الترويض والتأهيل السالمي

Centre de Rééducation et
de Réadaptation Salmia

ORDONNANCE

Nom : Dr Amri

Age : 11/01/1941

Prénom : Rehal

N° de dossier : 825

73180

S.V

→ Hépat (cp)
1.0.1.1.0

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA

Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam

226, Boulevard Al Joutane

Salmia 2 Casablanca

Tél: 05 22 38 01 47

ICE : 002115854000092

I.N.P.E : 092004506

Casablanca le : 23/03/2023



Quartier Andalous, Salmia 2
Rue 2, Casablanca
Maroc

الهاتف : +212 522 562155/41

الفاكس : +212 522 562147

crrsalmia@gmail.ma

حي الأندلس، السالمية 2
زنقة 2، البيضاء
المغرب

**CENTRE DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION SALMIA / A I H
TEL : 0522-562-155/141**

BP.DHS

150.00

Reçu

N°

60247

Nom/Prénom du Patient

AMRI

RAHAL

N° du Dossier

6225

Reçu la somme en/par **ESPECE**

CENT CINQUANTE DIRHAMS

de Mr/Mme/Sté : **LUI M**

En Règlement de : **CS**

Fait à Casablanca le **27/03/2023**

Signature et cachet du Caissier

Signature du Payant



**CENTRE DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION SALMIA / AIH**
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							
Dont TVA incluse pour : Taux Tva	CA ht	Tva					
	150.00	0.00					
Total	150.00	0.00					
Totaux TTC							
					150.00	0.00	150.00
TOTAL FACTURE							
							150.00
Règlement, 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							
VISA :							



HEPA

le dieci erbe

هيپاناٽ ٤٠ قرص

73,80 DH

SYSTÈME DE GESTION QUALITÉ
CERTIFIÉ ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl
Via delle Industrie 1 Albisola Marina (SV) ITALY es.i.t
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdellmajid Benjelloun
Maârif 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 :

- Boîte de 20 comprimés.
- Boîte 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 Albisola Marina (SV) ITALY
www.esi.it

Importé et Distribué par ESNAPHARM - 7, Rue Abdellmajid Benjelloun
Maârif extension - Casablanca

SYSTÈME DE GESTION QUALITÉ
CERTIFIÉ ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

N° d'enregistrement : 20211112158/MAv4/DMP/CA/18

ENOHNV020-002