

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-517428

N.D: 44 961

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1125

Société :

RAO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YASSIR KAMAL

Date de naissance :

21/07/1971

Adresse :

Hay Janal me 5 n°64 bis HM
Casab

Tél. : 0668914028

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

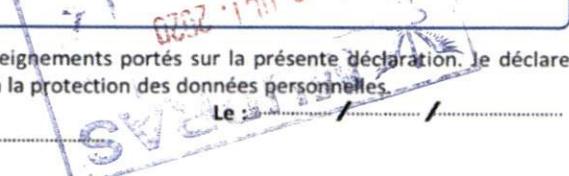
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TISSIRI N. Dr. Salwa HAJOUI Bd. Aïn el Mabrouka Casablanca Tel : 0522 58 50 58	28/12/20	88,00

PHARMACIE TISSIR II
Dr. Salwa HAJOUI
Bd. Aïn el-Maâouia
Casablanca Tel.: 0522 62 67 05

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

PHARMACIE TISSIR 2

DR. HAJOUI SALWA

AV. A N° 58 HAY MOHAMMADI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 31916566

N° R.C. : 382242

N° CNSS : 8302242

N° ID.F. : 40707250

N° ICE 001663777000079

Tel : 0522626701

Fax

YASSIRE KAMAL

I.C.E. :

HAY JAMAL RUE 5 N°64

CASABLANCA

Le : 23/10/2020

FACTURE N°: 2720/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	RHUMIX	22,00	7	22,00
1	STREPSILIS MIEL CITRON CP	66,00	7	66,00

TVA 7%: 5.76 **Total :** 88,00



Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE-VINGT HUIT DIRHAMS

*PHARMACIE TISSIR II
Dr. Salwa HAJOUI
Bd. A N° 58 Hay Mohammadi
Casablanca Tél. 0522 626701*

Parfum metacresol 0,0 mg.

Les autres excipients sont: huile essentielle de menthe poivrée, huile essentielle de citron,

miel, jaune de quinoléine, acide tartrique, saccharose liquide, glucose liquide.

Excipients à effet notoire: jaune de quinoléine, saccharose, glucose.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver en dessous de 25° C

Fabriqué par: Reckitt Benckiser Healthcare International Ltd, Nottingham, Angleterre.

Distribué par: PHARMACEUTICAL INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda, Maroc.

يوصى ستريپسليس عسل و ليمون للعلاج الموضعي كدواء مساعد مضاد لبكتيريا الالتهابات المحدودة للغشاء المخاطي للقلم والبلعوم.
البالغين والأطفال (أكثر من 6 سنوات): قرص يذوب ببطء في القم 3-6 مرات في اليوم
لا ينصح للأطفال تحت سن 6 سنوات استخدام هذا المنتوج
كل قرص يحتوى على الكحول 2.4 - ديكلوروبينزيلي 1.2 مغ وأميليتاكريزول 0.6 مغ
السواغات الأخرى هي: زيت أساسى من النعناع، زيت أساسى من الليمون، عسل، أصفر الكينولين
حامض التارتريك، محلول السكرور، محلول الغلوکوز
السواغات ذات التأثير المعروف: أصفر الكينولين، السكرور، الغلوکوز
لا تتركوه في متناول الأطفال

بحفظ في درجة حرارة تقل عن 25° منوية

يصنع من طرف : ريككت ببنكىزير هيلت كير انترناشيونال ، نوتجهام ، إنجلترا
يوزع من طرف : معهد الصيدلة ص . ب 12100-4491 ، عن العودة ، المغرب

6 118001 151431 >

StrepSils®  Milk & Citron