

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

N° W21-656734

87559

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 8392 Société : EA RAI

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMDAGHAI Naja

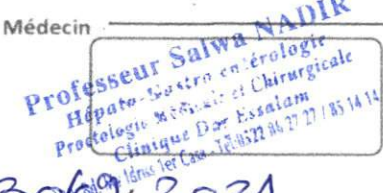
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009132 Total des frais engagés : 650,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 30/09/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-656734

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 000 8392

Nom de l'adhérent(e) : ELMDAGHAI

Total des frais engagés : 650,10

Date de dépôt :

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 (L.G.) - 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 Medecin attestant le Paiement des Actes
30/9/21	C		3000H	INP : 091028860

Professeur Salwa NADIR
Hépatite, Gastroentérologie
Proctologie, Maladies de la Chirurgicale
Clinique El Essalam
120, Bd. My Idouss Ter Casa - Tél: 0522 81 22 22 / 85 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

30-09-21 350,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

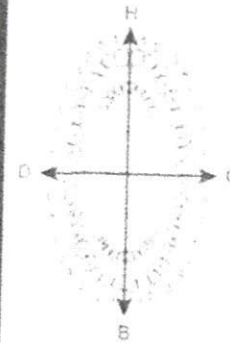
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement orthodontiques ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT L'EXECUTION

FIN L'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
100-140 100-140
50-100 50-100
D 100-140 100-140 G
50-100 50-100
B

(Création, remont, adjonction)

(voir annexe Thérapeutique prothétique à la prothèse)

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur, Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
Echographie et Endoscopie Digestives
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le..... 30.09.2021 في الدار البيضاء،

Mme EL MDAGHRI Najat

Prendre :

1 - OEDES 20

1 Gélule le matin, avant le repas, pendant 28 jours.

2 - OSMOSINE SUSPENSION BUvable

2 cuillères à soupe le soir, pendant 15 jours.
puis 1 cuillère à soupe par jour pendant 15 jours

puis un jour sur deux pendant 15 jours

3 - NEOFORTAN 160

1 comprimé le matin et le soir, avant le repas, pendant 10 jours.

4 - SPASFON LYOC

1à2 comprimés en sublingual en cas de douleurs

LOT 201592
EXP 06/2023
PPV 99.00DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 05/2024
LOT 15021 1

PPV
34DH00

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 03/2024
LOT 12019 5

PPV : 19,50 DH
AMMN° 127/15 DMP/21/NRQ

صيدلية
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Youssef EL IRAKI
67, Rue DALLA BERRECHID
TEL : 06 61 46 84 96

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - 10 رقم 4، الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني