

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

- 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 Abdallah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-656734

87559

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 8392

Société : EN 2A1

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELMIDAGHAI Najat

Date de naissance :

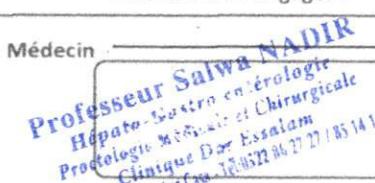
Adresse :

Tél. : 0664009739

Total des frais engagés : 650,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



30/09/2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AFFECTION DIGESTIVE

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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) :

E. A.



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

ELMIDAGHAI

Nom de l'adhérent(e) :

650,10

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/09/21	S.		3000 DT	INP : 094028860 Professeur Salwa NADIR Hôpital Universitaire de Tunisie Chirurgicale Practologue 30, Avenue de l'Indépendance Clinique Ibn Kassim - Essalam 1011 2012 831414

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formateur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL IRAKI Dr. Youssef EL IRAKI Rue DAKHA BERRECHID TEL : 0521 32.83.45	30.09.21	350,10

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser l'identité de la personne à faire pratiquer en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez mindrez les radiographies en cas de prothèses ou de traitements orthopédiques, ainsi que le cas de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT DE EXECUTION

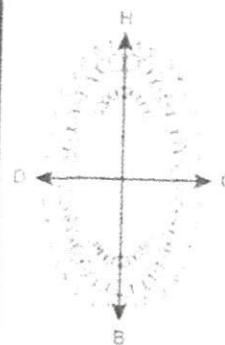
FIN DE EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

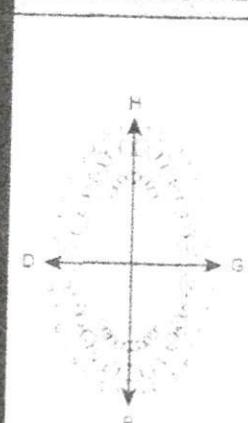
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H : Absence d'implants et de prothèses dentaires
D : Prothèses dentaires et implants
G : Prothèses dentaires et implants
B : Prothèses dentaires et implants

(Création, remont, adjonction)

Le praticien doit pratiquer la procédure à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
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 الدار البيضاء، في 30.09.2021

Mme EL MDAGHRI Najat

Prendre :

99,00

1 - OEDES 20

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

34,00

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

98,00

3 - NEOFORTAN 160

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

19,50

4 - SPASFON LYOC

1 à 2 comprimés en sublingual en cas de douleurs

350,10

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

LOT 201592
EXP 06/2023
PPV 99.00 DH

PPV 34DH00

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 98DH60
EXP 05/2024
LOT 15021 1

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 03/2024
LOT 12019 5

صيدلية دار السلام
Farmacie EL IRAKI
Dr. Youssef EL IRAKI
67, Rue DABLA BERRECHID
TEL : 0522-32-83-45

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 - رقم 10
مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14

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