

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232

Société : 151784

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EZZAHER ALI

Date de naissance : 11-01-1948

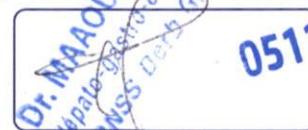
Adresse : Bouchematouf Rue 52 N 11 Casablanca

Tél. : 06 80 98 66 43

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



051148864

Date de consultation : 9/2/19

Nom et prénom du malade : Ezzaher Ali Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : ALD

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) :

BELEVE 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
03-02-2023	2D		150	
051148864				Dr. MAACOUN Salma Hépato-gastro-entérologie Challet

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Marahat Herbe à Marahat Casablanca ICE 1002 0425 18-09-23	01/21/23	1641.70

~~092100132~~
FBI ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates the 16-cell polytope in a 4D coordinate system defined by axes D, G, H, and B. The vertices are represented by small circles, and the edges are shown as arcs connecting adjacent vertices. The vertices are labeled with their 4D coordinates, ranging from -1 to 1 along each axis. The vertices are arranged in four vertical layers, with the top and bottom layers being mirror images of the middle two. The labels are as follows:

- Top Layer (H=1):** (1, 1, 1, 1), (1, 1, 1, -1), (1, 1, -1, 1), (1, 1, -1, -1), (1, -1, 1, 1), (1, -1, 1, -1), (1, -1, -1, 1), (1, -1, -1, -1), (-1, 1, 1, 1), (-1, 1, 1, -1), (-1, 1, -1, 1), (-1, 1, -1, -1), (-1, -1, 1, 1), (-1, -1, 1, -1), (-1, -1, -1, 1), (-1, -1, -1, -1).
- Middle Layers (H=0):** (0, 1, 1, 1), (0, 1, 1, -1), (0, 1, -1, 1), (0, 1, -1, -1), (0, -1, 1, 1), (0, -1, 1, -1), (0, -1, -1, 1), (0, -1, -1, -1), (0, 0, 1, 1), (0, 0, 1, -1), (0, 0, -1, 1), (0, 0, -1, -1), (0, 0, 0, 1), (0, 0, 0, -1), (0, -1, 0, 1), (0, -1, 0, -1), (-1, 0, 1, 1), (-1, 0, 1, -1), (-1, 0, -1, 1), (-1, 0, -1, -1), (-1, 1, 0, 1), (-1, 1, 0, -1), (-1, -1, 0, 1), (-1, -1, 0, -1).
- Bottom Layer (H=-1):** (-1, -1, -1, 1), (-1, -1, -1, -1), (-1, -1, 1, 1), (-1, -1, 1, -1), (-1, 1, -1, 1), (-1, 1, -1, -1), (-1, 1, 1, 1), (-1, 1, 1, -1), (1, -1, -1, 1), (1, -1, -1, -1), (1, -1, 1, 1), (1, -1, 1, -1), (1, 1, -1, 1), (1, 1, -1, -1), (1, 1, 1, 1), (1, 1, 1, -1).

2023 年度中国教育装备采购指南及行业报告

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

Ezzahar Ahi

Le 9.2.23.

- Nom de la partie

N^o 00

2 gr - 11/2 N apres chaque repas



11/2 N

pharmacie Menara Casablanca
Derb El Mitter N° 9 Rue 1 Bouchentouf
Casablanca - Tél: 05 22 28 40 23
ICE: 002704284000015

- Antinéfiz

72180

2 gr x 2 gr 11/4 - 1 N



11/4 - 1 N

avant repas

- Kalina gaz

7958

7 gr - 2 gr apres repas



164170

Dr. MAACOUN Salim
Hepato-gastro-enterolog
Ghallef



TILMAN S.A. • Z.I. Sud 15 •
B-5377 Ballonville •
www.tilman.be

Importé et distribué par ESNAPHARM 7, rue
Abdelmajid Benelloul - Mâarif extension
Casablanca - Maroc

A consommer de préférence avant fin :

12 / 2025

21L01

77,90 DH

LOT : 220627
PER : 08\2027
PPC : 79,90DH

KALMAGAS®

دواء موسو

20 قرصاً فائزراً

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 06/2026
LOT 260751

NORMOGASTRYL
20 comprimés
effervescents



6 118000 030904

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1112389	N° SEJOUR : 230013277	FACTURE N° 2302004070				DATE D'ENTREE : 09/02/2023		DATE DE SORTIE : 09/02/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		EZZAHER,Ali		
MALADE : EZZAHER,Ali		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0100009 DR MAAOUNI SALIMA	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 09/02/2023	EDITEE LE : 09/02/2023	PAR: LAGRIB	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
					Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
					BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
					N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

classe Consultation
Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef