

# 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.

M22- 0013111

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3564

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASSABI OUAFAA

179671

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse :

Tél. : 063 1159486

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISOUNI Noul  
Rhumatologue

24 AOUT 2023

ACCUEIL

Date de consultation : 11/8/93

Nom et prénom du malade : KASSABI ouafaa

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Scapulalgie G

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

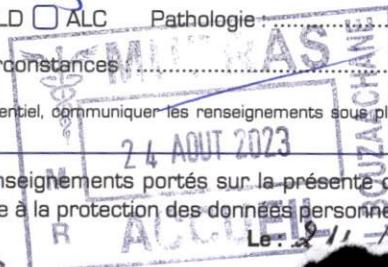
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 21/08/2013

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## 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
11-8-93		Cs	15000	Dr. PAISSOURTIN Rhumatologue

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Lotfi, 123, AV. Hassan II, Casablanca, Maroc Télé: +212 34 56 78 90 Fax: +212 34 56 78 91	11/08/2023	37,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**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 IT: 1602058

N° IPP : 1406061	N° SEJOUR : 230078563	<b>FACTURE N° 2302021253</b>				DATE D'ENTREE : 11/08/2023		DATE DE SORTIE : 11/08/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KASSABI,Ouafaa		
MALADE : KASSABI,Ouafaa		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 : 04042019 DR RAISOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:
		REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :
		RESTE DU:	150.00						
DATE FACTURE : 11/08/2023	EDITEE LE : 11/08/2023	PAR: HAFSA	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
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						



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة

## ORDONNANCE

le 11-8-83

ن<sup>o</sup> KASSABI ouga.

37,00

1<sup>o</sup> Dulastan

1x3 (jx5 j)

PHARMACIE DU PAIS  
Dr. Latifa TAHIRI  
123, AV. Hassan II - Casablanca  
tel: 0522 22 11 19 / 0522 22 96 18

Dr. RAISSEOUNI Nour  
Rhumatologue

# دولاستان® DULASTAN®

500 mg / 2 mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

0  
ر اص  
ن 20  
ل / ث

ذا الدواء

٣٧٠٠

يرجى

احتفظ بهذه التغليفية  
إذا كانت لديك أسلحة أخرى، إذا كان لديك شفط مضربي ممزوج من المعلوماً  
لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي لا نعم بإعطائه لشخص آخر  
إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود  
تحذير عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكمي

بارصيطةمول

ثيوکولشيكوريزيد

السواح

قائمة السواح الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض  
نشأ القمع، لاكتوز

الصنف الصيدلي والعلاجي

ينتمي بارصيطةمول إلى مجموعة الأدوية الخافضة للحرارة ومزيل للدورة  
ثيوکولشيكوريزيد ينتمي إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات

الوصف

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم  
- كعلاج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة  
• من الأضطرابات التنكيسية في العمود الفقري والإضطرابات محاذة  
• الأضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنع)

موانع الإستعمال

لا يجب إستعمال هذا الدواء في الحالات التالية

- الأطفال أقل من 15 عاماً

- أشخاص دوبي الحساسية لنشأ القمع

- حساسية لبارصيطةمول أو لأحد مكونات المنتوج

- حساسية لثيوکولشيكوريزيد

- القصور الكبدي

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف  
المرضى الذين يعانون من الصبرع

- في حال الإصابة بالإسهال، أخبر طبيبك

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تحقق من عدم وجود بارصيطةمول في تناول  
الحد الأقصى المقترن

بالغين والأطفال فوق 50 كغ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يومياً بالنسبة  
- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم