

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

M22- 0013111

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3564 Société : RAA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 172671

Nom & Prénom : KASSABI OUAFAA

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse :

Tél. : 0631159486 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISSOUNI Noui
Rhumatologue

24 AOUT 2023

ACCUEIL

Date de consultation : 11/8/23

Nom et prénom du malade : KASSABI ouafae Age :

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

Nature de la maladie : Scapulalgies

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 : 21/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : KASSABI OUAFAA

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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/2023	37,0

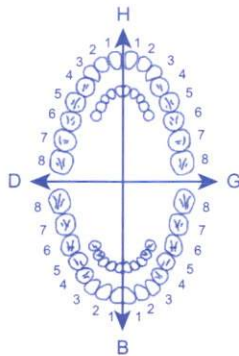
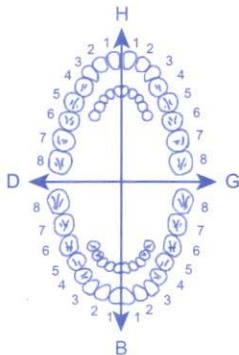
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														

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 I7: 1602058

N° IPP : 1406061	N° SEJOUR : 230078563	FACTURE N° 2302021253		DATE D'ENTREE : 11/08/2023		DATE DE SORTIE : 11/08/2023				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE, SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KASSABI,Ouafaa						
MALADE : KASSABI,Ouafaa NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 04042019 DR RAISSOUNI 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			



وصفة
ORDONNANCE



le 11-8-83

M^{re} KASSABI Soufya.

37,00

10/ Dulastan

1x3 / 1x5 j.

PHARMACIE DU PAIN
Dr. Latifa TAHIRI
123, Av. Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 22 11 79 / 0522 22 96 18

Dr. KASSABANI Nour
Rhumatologue

DULASTAN®

500 mg / 2 mg

دولاستان®

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,000

هذا الدواء

يرجى

احتفظ بهذه النشرة. إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، لا تأخذ هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تأخذ هذا الدواء لشخص آخر. إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود عارض، تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكمي

بارصيطامول

ثيوكولشيكوريزيد

السواغ

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض

نشا القمح، لاكتوز

الصف الصيدلي والعلاجي

ينتسب بارصيطامول إلى مجموعة الأدوية الخافضة للحرارة و مزيل ل

ثيوكولشيكوريزيد ينتسب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات

الوصف

- معالجة الأعراض الناجمة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم

- كعلاج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة

• من الاضطرابات التنكسية في العمود الفقري والاضطرابات محاذة

• الاضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنج).

موانع الإستعمال

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية

- الأطفال أقل من 15 عاماً

- أشخاص ذوي الحساسية لنشا القمح

- حساسية لبارصيطامول أو لأحد مكونات المنتج

- حساسية لثيوكولشيكوريزيد

- القصور الكبدي

- الحمل و الرضاعة

احتياطات خاصة

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف

- المرضى الذين يعانون من الصرع

- في حال الإصابة بالإسهال، أخبر طبيبك

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تحقق من عدم وجود بارصيطامول في

الحد الأقصى المقترح

بالغين والأطفال فوق 50 كغ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يوميا بالنسبة

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال

في حالة الشك، لا تترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم