

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-0018935

178842

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1679

Actif

Pensionné(e)

Société :

Royal Air Maroc

Autre :

Nom & Prénom :

AKKAZENE Nohamed

Date de naissance :

01.01.1954

Adresse :

Lotissement Zatiba Rue 8 n° 1

Tél. : 0667164605

Total des frais engagés : .. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/10/2023

Nom et prénom du malade :

Zouagh Nohamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de la tête

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 :

Le : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/02/23 | U. (Urgences) | 1 | 109,69 | DR |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| INP 092046751 | 02/10/23 | 375,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

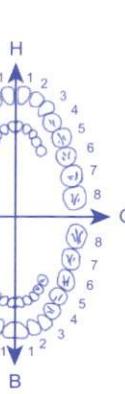
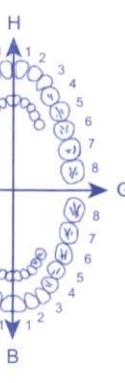
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

وصفة
ORDONNANCE

CNSS - INARA
URGENCE
INP 092048754

le 02/10/2023

Zou GAGH NASSI 24

4980 - Flasyl 500ug/ml
per os

1s

131,60 - SPECTRUM 500ug/ml
per os

1s

131,60 - SPECTRUM 500ug/ml
per os

9500 Oldes Lang etrich

1s

Permakultur

9540 Vetschau

1s

Lebenie gefüllt

1s gefüllt 2A.1s

~~375,80~~

1a/1s

Deutsche Post
Postleitzahl 3750

1s

1s
Postleitzahl 3750
Deutsche Post
Permanente Adressierung
Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr
Telefon 02746 0711
Telefax 02746 0712
E-Mail: poststelle.moenchengladbach@t-online.de



N° IPP : 955684 N° SEJOUR : 230041689

FACTURE N° 2305012927

DATE D'ENTREE : 02/10/2023 DATE DE SORTIE : 02/10/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : ZOUGAGH,Nassera

ZOUGAGH,Nassera

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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. | | | | | | | | | | |
| CONSULTATION DE GENERALISTE | C | 1.00 | 80.00 | 80.00 | | | | | 0.00 | 80.00 |
| ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX | | | | | | | | | | |
| ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER | AMI | 0.50 | 7.50 | 3.75 | | | | | 0.00 | 3.75 |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | | | | | | | |
| PANTOPRAZOL 40 MG INJ | P600 | 1.00 | 24.08 | 24.08 | | | | | 0.00 | 24.08 |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 1.86 | | | | | 0.00 | 1.86 |



Total à reporter

109.69

0.00

0.00

109.69

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| N° IPP : 955684 | N° SEJOUR : 230041689 | FACTURE N° 2305012927 | | | | DATE D'ENTREE: 02/10/2023 DATE DE SORTIE: 02/10/2023 | | | |
| UF de présence: 5002 URGENCES | | | | | | | | | |

| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
|------------------------|---------------|--------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| | | | | | TAUX | MONTANT | TAUX | MONTANT | TAUX | MONTANT |
| Report page précédente | | | | 109.69 | | 0.00 | | 0.00 | | 109.69 |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------|--|--|-----------|--------|
| Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE) | TOTAUX : | 109.69 | | | | | | 109.69 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | |
| CENT NEUF DHS ET SOIXANTE NEUF CENTIMES | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 109.69 | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 02/10/2023 | EDITEE LE : 02/10/2023 | PAR: HAFID | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| VISA | N° DE POLICE : | | | | | | DATE AT : | |
| | Règlement à effectuer à l'ordre de : | POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA | | | | | | |
| | BANQUE : | BMCE - INARA | | | | | | |
| | N° compte bancaire : | 011.780.0000 54 210 00 60 016 91 | | | | | | |



LOT 230082
EXP 01/12/2026
PPV 131.600DH



20 x قرصاً ملمساً

COOPER
PHARMA



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
سيكتروم + الحمل = حظر

Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse
يُنصح بتجنب استخدام سيكتروم أثناء الحمل

سپکتروم
سپکتروم فلوكساسين

9 1180000690062
P.P.V: 49DH80
FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
LOT: 23E009
PER: 01/2028

LOT 211262
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

oedes
oméprazole



Microgranules gastrorésistants en gélules

28

Voie

20



ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745®**

2022
bis

MÉDICAMENT PROBIOTIQUE



30 GÉLULES
250mg

BIOCODEX
Maroc

Lot :
مجمدة

Fab :
صنع:

صالح
إلى:
EXP:

1308 04 2023 04 2026
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 ١٤

