

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

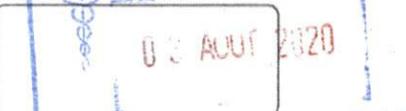
- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

N° W19-539680

~~ND. 35461~~

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12 327</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>NDAGHRI FILALI Nourir</u>			
Date de naissance : <u>02/09/1985</u>			
Adresse : <u>Qessd ELFIRDAOUS GH25 TAN 44 App 22</u>			
Tél. : <u>06 61 08 77 75</u> Total des frais engagés : <u>1731,4</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  <u>03 AOUT 2020</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>NDAGHRI FILALI Nourir</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Fracture genou</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>DR. AZAGUI Yassine</u>			
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 Signature de l'adhérent(e) : 03/08/2020

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
13/07/2020	Orthopédie		15000	DR. AZAGUI Yassine
13/07/2020	Orthopédie		322.01	DR. AZAGUI Yassine
13/07/2020	Orthopédie		1550	DR. AZAGUI Yassine
13/07/2020	Orthopédie		17980	DR. AZAGUI Yassine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. AZAGUI Yassine	13/07/2020	20630
DR. AZAGUI Yassine	13/07/2020	43270
DR. AZAGUI Yassine	11/07/2020	17980

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. AZAGUI Yassine	13/07/2020	215	15000
DR. AZAGUI Yassine	13/07/2020	215	15000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISIT CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة

ORDONNANCE

Casablanca, le

٩٣/٧/٢٠٢٢

Medaghim Filali Hay

١١ losm 500mg ١app ٣/٣
٢٦ ٢٠٢٢

٢١ Septe 500mg **S.V.** ٢٣/٢٠٢٢

٣١ Fruinme **S.V.** ٣٠mg ٧ج

٣٩٧٥

١app ٦/٦/٧٥

= ٤٣٢٧٥


Dr. ABOU CHAHEM Merouane
Traumatology & Orthopedics

Dr. ABOU CHAHEM Merouane
Traumatology & Orthopedics
30, GR. AL BIDAIA HAY EL HAY
CASABLANCA
Tél : 05 22 75 56 06

وصفة

ORDONNANCE

Casablanca, le 22/07/2008

سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

MDA GHIN C filoli

11 ultra leurre (S.V.)

38.10 1 gm x 21 Jour 140 ml

21 Augment.

16 (S.V.)

168.20

15 x 31 J

12 J

= 206.32

Dr. AZAGUIY ASSISTANT
Chirurgien-Dentiste - Orthopédiste
Dr. AZAGUIY ASSISTANT

PHARMACIE FATH EL KHAIR
30, GR. AL SAIDA HAY EL QODS
Aut. 000 22 42
CASABLANCA
Tél. : 05 22 75 55 06

وصفة
ORDONNANCE

le ١٠/٠٦/٢٠٢٠

monseigneur MDA GHIR

11 Vo Herce S.V 86 cm
6680 1081 ✓
2 Cetol S.V cm
2900 1083 ✓
3/ Oxi mag S.V q.s. elmi
8900 1081 ✓
17980

PHARMACIE FATH EL KHAIR
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
Aut. 000 22 42
CASABLANCA
Tél : 05 22 75 56 06

Dr. AZAGUI Dr. SIME
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologie et Orthopédique

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45
Fax : 05.22.73.15.72

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE

DE

Billet d'Examen de RADIOLOGIE

N° 0000595

Nom du Service Médical
demandeur code

RÉF. 99.23.001 - Imprimé

Sidi Ben Arous

NOM DU MALADE

Roudoune filie a sonia

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Clinique

Examen demandé



Z =

PC = K

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30	36 x 43	35 x 35	18 x 24	
30 x 40	35 x 35	13 x 18	15 x 40	

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total durée =



سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

وصفة

ORDONNANCE

Casablanca, le 13/07/2009

MDA GENE flesie neu

R de l'avant pied

6 f R



Dr. AZAGUI Yassine
Traumatologie - Orthopédie

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : M. DIAHINE Prénom : Hala manir

1) Date de la constatation de l'état de malade :

.....

2) Renseignements cliniques sommaires :

.....

fracture fémur orthèse

gymnase

3) Traitement envisagé et actes :

.....

U 10

.....

2) Durée prévisible du traitement :

.....

A 00/00/00 LE 01/06/20

Signature



N° IPP :	533120	N° SEJOUR :	200021496	FACTURE N° 2004007661				DATE D'ENTREE :	13/07/2020	DATE DE SORTIE :	13/07/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :	MDAGHRI FILALI, Mounir		
MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir				UF: 5003 RADIOLOGIE							
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	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE				TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE : 13/07/2020				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
EDITEE LE : 13/07/2020				DATE AT :							
PAR: LAHBAR				N° DE POLICE :							
VISA				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI							
				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
				N° compte bancaire : 01178000049210006006888							

RADIOLOGUE : DR.

Nom : MDAGHRI FILALI

MEDECIN DEMANDEUR
DR

Prénom : MOUNIR

DATE : 13/07/2020

EXAMEN RADIOLOGIQUE Rx : AVANT PIED

RESULTAT

- Fracture d'allure ancienne de la tête de P2 de l'hallux .
- Absence de lésion osseuse post-traumatique visible sur ces incidences ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



SERVICE DE RADIOLOGIE

RADIOLOGUE: **Nom : MDAGHRI**

MEDECIN DEMANDEUR **Prénom : FILALI**
DR

DATE : 01/06/2020

EXAMEN RADIOLOGIQUE : PIED GAUCHE

RESULTAT

- Fracture de la 1^e phalange du gros orteil gauche .
- Aspect normal des parties molles ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS


Dr. LEMNOUNI Houria
Médecin Radiologue Vacataire
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi

RADIOLOGUE :DR.

Nom : MDAGHRI FILALI

MEDECIN DEMANDEUR

Prénom : MOUNIR

DATE : 30/06/2020

EXAMEN RADIOLOGIQUE Rx : PIED GAUCHE

RESULTAT

- Absence de lésion osseuse post-traumatique visible sur ces incidences , aspect à confronter au reste du bilan ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS





N° IPP : 533120 N° SEJOUR : 200019614

FACTURE N° 2004006952

DATE D'ENTREE : 29/06/2020 DATE DE SORTIE : 29/06/2020

ASSURE :

MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

MDAGHRI FILALI, Mounir

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLENOMBRE
x COEFPRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

MONTANT

TIERS PAYANT 2

% / Dh

MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE

Z

15.00

10.00

150.00

0.00

150.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE

TOTAUX :

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00

AVOIR :

RESTE DU : 0.00

DATE FACTURE : 29/06/2020

EDITEE LE : 29/06/2020

PAR: LAHBAR

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

BANQUE :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

N° compte bancaire :

BMCE - BERNOUSSI

0117800004921006006888



N° IPP : 533120	N° SEJOUR : 200021480	FACTURE N° 2002009372				DATE D'ENTREE : 13/07/2020		DATE DE SORTIE : 13/07/2020			
ASSURE :						UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : MDAGHRI FILALI, Mounir			
MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir		N° IMMAT C.N.S.S. :									
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	LETTRRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
NATURE DE PRESTATION											
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE		TOTAUX : 150.00		PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				REMISE : 0.00		REGLE : 150.00				AVOIR :	
		RESTE DU: 0.00									
DATE FACTURE : 13/07/2020		EDITEE LE : 13/07/2020		PAR: LAHBAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :				DATE AT :	
VISA				N° DE POLICE :							
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI							
				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
				N° compte bancaire : 01178000049210006006888							

CASABLANCA le 03/08/2020

OBJET : FRACTURE DU PHALANGE du Pieds
gauche

Je souffre monsieur NDAGHRI FILALI NOUZIR
que j'ai eu une fracture à l'intérieur de mon
pied en date du 21/06/2020 à cause
d'une chute au salon.

NDAGHRI FILALI NOUZIR





N° IPP : 533120 N° SEJOUR : 200016155

FACTURE N° 2002006836

DATE D'ENTREE : 01/06/2020

DATE DE SORTIE : 01/06/2020

ASSURE :

MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

MDAGHRI FILALI, Mounir

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
ACTES COTES EN K	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES				97.50					0.00	97.50

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE	TOTAUX :	322.50								322.50
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
TROIS CENT VINGT DEUX DHS ET CINQUANTE CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	322.50					AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 01/06/2020	EDITEE LE : 01/06/2020	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :						DATE AT :	
VISA			N° DE POLICE :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
			BANQUE :	BMCE - BERNOUSSI						
			N° compte bancaire :	011780000049210006006888						



N° IPP :	533120	N° SEJOUR :	200016152	FACTURE N° 2002006835				DATE D'ENTREE :	01/06/2020	DATE DE SORTIE :	01/06/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MDAGHRI FILALI, Mounir						
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 CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE				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 : 01/06/2020 EDITEE LE : 01/06/2020 PAR: LAHBAR				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE : *						
				DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI						
				N° compte bancaire : 01178000049210006006888						

IBERMA

٥٠٠ سبس

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبوسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

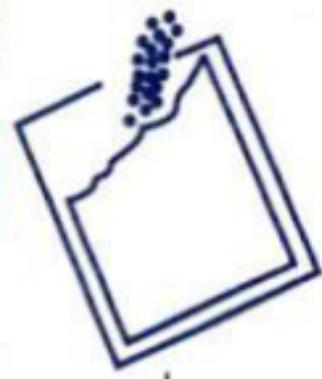
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

بجمب احراام الجرعات الموصوفة

puvable en sachet
poudre pour suspension



1g / 125 mg

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 168,20 DH

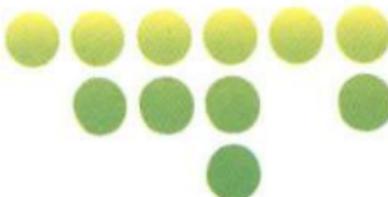
LOT : 623078

PER : 03/21



ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii | **CNCM I-745**



10 Sachets
250 mg

BIOCODEX Maroc

مجموعة

صنع

صالح لغاية

3546

09/19

09/22

BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

سِدْرُوْلِ

باراستامول / كوردين



Cédrol®
20 Comprimés

عن طريق الفم

حبة 20

ستديك (S)

22,00

سيدول

باراستامول /
كودين

Cédol®
20 Comprimés

6 118000 180913



حبة
20

عن طريق الفم

ستمديك (S)

22,00

© NOVARTIS

Voltarène®

50 mg

Diclofénac sodium

Antirhumatismal, anti-inflammatoire

30 comprimés
enrobés
à 50 mg



LOT : M19082
EXP : MAI 2023
PPV : 66,80 DH

© NOVARTIS

Voltarène®

50 mg

Diclofénac sodium

Antirhumatismal, anti-inflammatoire

30 comprimés
enrobés
à 50 mg



LOT : M19082
EXP : MAI 2023
PPV : 66,80 DH

Vie oral

sun
sues

200 Comprimés effervescents

Bids Net: 789



50

Magnésium

Mc

Created At: 04/30/2018 05:11:23

PPC (DH)

www.ijerpi.org

دوبيوم

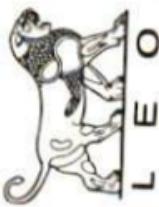
دوبيون® 2% مرهم

Tube de

أنبوب من 15 غ

Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium



Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

بنتيادول سالبيت

فوكسي

ست

...

فوكسي ٢% ١٥ جم
دواء مراقب ١٠ جم

SEPCEN® 500 mg
Ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

196,50
041 9762000
03 9372023
PPV 190.500 H

IBERMA