

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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 - 6ème 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

6350h SAV
Déclaration de Maladie : N° P19- 0007879

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4336 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAOUN YOUSSEF Date de naissance : 16/02/51

Adresse : Bloc 101 N° 46 Chouf Agadir

Tél. : 06 61 23 83 50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Compagnon Enfant

Nature de la maladie : Céphalées

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 : 10/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0007879

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
10/02/21			150	Dr. YASSINE BENKADMIR NEUROLOGUE Vacataire Polyclinique CNSS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Immeuble Avenue Hassan II Agadir Télé 0528824572 Fax 0528824572	10.02.21 F.A.R.	69.30
	10.02.21	40.00

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

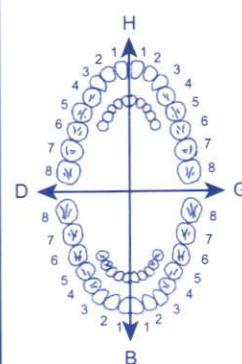
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



أكادير
AGADIR

Agadir, le:

10/02/21.

M:

MAOUN Varenor

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Phtysiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscerale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

**URGENCES
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**

زنقة مولاي يوسف - ص ب : 3171 - أكادير - الهاتف : 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24
Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax: 05 28 84 66 24

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

40.50

1) Tardyferon 80mg



1 cap x 2 j

PHARMACIE DES F.A.R
Avenue des F.A.R
Imm Manzah N° 7 AGADIR
Tel. 0528 82 41 32 Fax 0528 82 43 33

Dr. YASSINE BENKADMIR
NEUROLOGUE
Vacataire Polyclinique CNSS

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV:39DH80
PER:09/23
LOT: J2375

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



Fabriqué par bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Laroxyl®

Amitriptyline

40 mg/ml

Gouttes buvables
20 ml

Voie orale



Médicament : tenir hors de portée des enfants.

Indications et posologie : voir notice.

Excipients à effet notoire : alcool 12,3% v/v

لا تترك الأدوية في متناول

الأطفال

دلاعي الإستعمال والجرعات

الدوائية : راجع النشرة.



AMM N° 325 DMP/21/NTT
Tableau A (Liste I)

لاروكسيل®
أميترىبتلين
40 ملغ/مل

قطرات للشرب

20 ملل

عن طريق الفم



Composition en substances actives pour un comprimé pelliculé :
chlorhydrate de tramadol 37,5 mg, paracétamol 32,5 mg

Excipients : qsp 1 comprimé pelliculé
A conserver dans son emballage extérieur
يحفظ داخل العلبية احترازية

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
حمراء لغير عادات المدمنين

Tableau A [liste 1]
جدول 1 (السنة 1)

دوالترام® 37,5 ملخ / 32,5 ملخ
Tramadol / Paracetamol
بويتاش - باراصيتامول

عند طريقة الفم
مختلفاً 20 قرصاً

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ بعيداً عن صحة و متناول الأطفال

Lire attentivement la notice avant utilisation
يرجى قرائة النصائح قبل أي استعمال

AMM N° : 227/15DMP/21/NNP

DOLTRAM® 37,5 mg/32,5 mg
Tramadol/Paracetamol

20 comprimés pelliculés


6 118000 04 1559

DOLTRAM®
Tramadol/Paracetamol
37,5 mg/325 mg
20 comprimés pelliculés
voie orale

30,00

PPV 30 H 0
PPV 11/23
PPV 03 100



bottu 3,4
32, Allée des Cœureuses - 48100 Sedan - Catégorie
S. Etachoux - Pharmacien Responsable
b



Agadir, le: 10/02/21

M: HADJOUN VANESSA

أكادير
AGADIR

**SERVICE DES
URGENCES**
24/24

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Physiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscérale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

PHARMACIE DES F.A.R.
Avenue Mohammed V, 7 AGADIR
Tél: 0528 83 32 32 Fax: 0528 43 33

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

URGENCES
05 28 82 58 18

Dr. YASSINE BENKADMIR
NEUROLOGUE
Secrétaire Polyclinique CNSS

Consultation RDV
05 28 82 59 66



N° IPP : 583656	N° SEJOUR : 210006441	FACTURE N° 2102001858				DATE D'ENTREE : 10/02/2021	DATE DE SORTIE : 10/02/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : MAOUN, Vanessa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MAOUN, Vanessa				
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
CONSULTATAION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 20156 DR BENKADMIR YASSINE (NEUROLOGUE)	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 : 10/02/2021	EDITEE LE : 10/02/2021	PAR : BOUDAL	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR				
			BANQUE :		BMCE - AGADIR				
			N° compte bancaire :		011.010.0000.01.210.00.60686.03				