

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



G350h 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 : MARUN YOUSSEF Date de naissance : 15/02/51
 Adresse : Bloc 101 N° 46 Chouf Agadir
 Tél : 0661 23 83 50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : D. YASSINE BENKADIR NEUROLOGUE
 Date de consultation : 10/02/2021
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 10/02/21

VOLET ADHERENT

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 :

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.

Diagnostique 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

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

RELEVÉ 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
16/02/21			150100	Dr. YASSINE BENKADIR NEUROLOGUE Vacataire Polyclinique CNSS

150100

Dr. YASSINE BENKADIR
NEUROLOGUE
Vacataire Polyclinique CNSS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.02.21	69,30
	10.02.21	40,10

PHARMACIE DES FAH

Date
No. 02.21
No. 02.21

Montant de la Facture

69,30

40,13

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

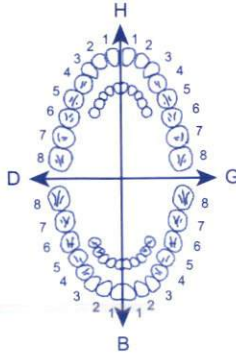
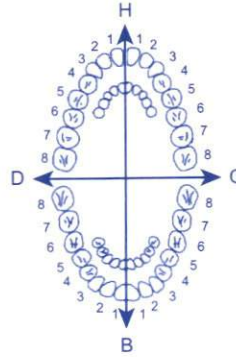
Montant détaillé
des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(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

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION**VOLET ADHERENT**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Agadir, le :

10/02/21

M :

MAOUN Vaneva

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

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

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

319334



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 cp x 2j

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

Dr. YASSINE BENKADMI
NEUROLOGUE
Vacataire Polyclinique CNSS

**URGENCES
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV:39DH80

PER:09/23

LOT: J2375

Laroxyl® 40 mg/ml ○

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



Laroxyl®

Amitriptyline

40 mg/ml

Gouttes buvables
20 ml

Voie orale



b

Fabriqué par bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

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

دواعي الإستعمال و الجرعات
الدوائية : راجع النشرة.



AMM N° 325 DMP/21/NTT

Tableau A (Liste I)

لاروكسيل

أмитريبتلين

40 ملغ / ملل

قطرات للشرب
20 ملل

عن طريق الفم



Composition en substances actives pour un comprimé pelliculé :
chlorhydrate de tramadol 37,5 mg, paracétamol 325 mg

Excipients : asp 1 comprimé pelliculé

A conserver dans son emballage extérieur

يحفظ داخل العلبة الخنا، حصة

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste I)

جدید آ (لائسنس ۱)

ملغ 325 / ملغ 37,5

طراما داول / بار اصي طامول

三

دار البيضاء - السبع - الكازيناس 82

مدير الصيدليات - صيدلي مسؤول

5

20 ق. صا مغلفا

عن طريق الضم

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعدا ع: ص: متناول الأطفال

Lire attentivement la notice avant utilisation

أرجو من الله أن يتمم قباي استعمال

AMM N°: 227/15DMP/21/NNP

DOLTRAM[®]

Trombolol/Paracetamol

37.5mg/32.5mg

20 comprimés pelliculés

DOLTRAN[®]

Tramadol/Paracétamol

37,5 mg/325 mg

20 comprimés pelliculés

Voie orale

bottu, v

م

B2, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacies Responsable



Agadir, le: 10/02/21

M: MADJID VANESSA

أكادير
AGADIR

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

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

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

1) Deltam 4800

1 cpx 21 j AS patofj

2) Loroxyl goutts 4800

4 goutts le jour patofj

5 goutts le soir pat + 1 mois

69,80

**URGENCES
05 28 82 58 18**

Dr. YASSINE BENKADIMIR
NEUROLOGUE
Médecin Titulaire Polyclinique CNSS

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
Extension X, Rue Moulay Youssef
80000 AGADIR
Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 583656		N° SEJOUR : 210006441		FACTURE N° 2102001858		DATE D'ENTREE : 10/02/2021		DATE DE SORTIE : 10/02/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MAOUN, Vanessa							
MALADE : MAOUN, Vanessa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
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	
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		BAR 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				

