

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 | adhésion@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.

Déclaration de Maladie

N° W21-640476

83020



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 325 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

~~ESSA GHIR~~ SAEHIR FAYAD

Date de naissance :

1939

Adresse :

Site SNAR AIR RUE N° 10

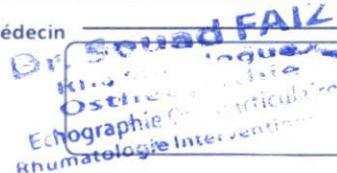
Tél. :

01 46 93 86 00 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ESSA GHIR Mustapha

Age

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DL meches fred + prixi

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/8/21	15010	15010	273,90	DR. S. FAIZ Rhumatologue Ostéopathie Echographie Interventionnelle Rhumatologie Interventionnelle
27-8-21	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Chirurgien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHARIE 12, Bd. AL. CHOCY 550, 92252 ANTONY TEL: 01 52 52 02 21	13.8.21	273,90
		092040427

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 13.08.21

M² ESSAGHIR

Mustapha

PHARMACIE LUMIERES
LAHRAM - INARA II
550, BO. AL QODS - INARA
AIN CHOKE - CASABLANCA
Tel. : 05 22 52 40 29

PPV
187DH70

187,70 1^{er} | uloxic 80 mg

35 | 1cp/j

1340 2nd | colchicine

1cp/j

72,80
273,90 3rd | Algantil

10pp/j

Dr. Souad FAIZ
Rhumatologue
Rheumatopathie
Rhumato-dégenerative
Rhumato-décalcifiante
Tél. : 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 139 - 0522 50 48 06

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

Tél. : 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 139 - 0522 50 48 06

ALGANTIL® (Ibuprofène)

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Gel dosé à 5 % pour application locale en tubes de 25 g, 50 g et 100 g

COMPOSITION CENTESIMALE

Ibuprofène (DCI)..... 5 g
Excipient : q.s.p. 100 g

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), en traitement local de courte durée :

- des traumatismes bénins de type entorse bénigne, contusions,
- des tendinites (inflammation des tendons)

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

N'utilisez jamais Algantil® gel dans les cas suivants :

- à partir du 6^{ème} mois de la grossesse.
- antécédent d'allergie à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- peau lésée, quelle que soit la lésion : lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

ALGANTI

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS

Faites attention avec Algantil® gel

- Ne pas appliquer sur les muqueux
- L'apparition d'une éruption cutanée a
- En cas d'utilisation fréquente par un

Respecter les conseils d'utilisation

- ne jamais appliquer une dose supé
- ne pas appliquer sur une surface él
- respecter la fréquence et la durée d

EN CAS DE DOUTE, IL EST IND

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant les 5 PREMIERS MOIS de la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

A partir du 6^{ème} mois de la grossesse, vous ne devez EN AUCUN CAS prendre de VOUS-MÊME ce médicament. Bien que le passage de ce médicament dans la circulation générale soit faible, il ne peut être exclu. Dans ce cas, l'effet de ce médicament sur votre enfant pourrait avoir des conséquences graves, notamment au plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela, même avec une seule application.

Allaitemnt

Les A.I.N.S passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaita.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

La posologie usuelle est de 1 application, 3 fois par jour.

PPV 72DH80

u traitement.
EXP commandé.
LOT

AVIS DE VOTRE



090001520

N° IPP : 878565	N° SEJOUR : 210025424	FACTURE N° 2102008878				DATE D'ENTREE : 19/08/2021		DATE DE SORTIE : 19/08/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ESSAGHIR, Mustapha		
MALADE : ESSAGHIR, Mustapha		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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.	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										

Intervenant : 46209 DR BARKA MOUNA	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 : 19/08/2021	EDITEE LE : 19/08/2021	PAR: BOUNAS	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								

