

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.

Pathologie 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **01354**

Actif

Pensionné(e)

Société : **RAM** **86388**

Autre :

Nom & Prénom :

S.A.I MESSAOUD

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

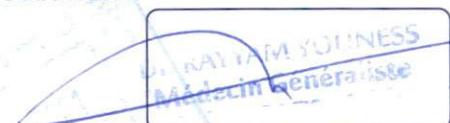
ST ITAS FATEH ouaga etage 2 - casablanca

Tél. : **06 95 99 14 64**

Total des frais engagés : **131.80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/09/2011**

Nom et prénom du malade : **S.A.I. MESSAOUD** Age : **64**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

probleme digestif

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 : **11/09/2011**

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
11/08/21	C.P.A	93.35	93.35	Dr. MAHMADEH GENEZI Médecin Généraliste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA POCHE CLINIQUE Dr. MAHMADEH GENEZI N° 105 Avenue de l'Industrie 93140 Bondy	11/08/21	381

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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	21433552
25533412	00000000
D	00000000
35533411	11433553
B	
G	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة
ORDONNANCE



le ٢٨/٣/٢٢

SAT Nessam

28 Agadir —

Agadir

SN

SN

10.00

Andol 500

500

SP

100 x 31.

38

Dr. RAYYAM YOUSSEF
Médecin Général

COMPOSITION : 500 mg de paracétamol pour un comprimé.
Excipients q. s. pour un comprimé.

Indications : traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

Contre-indications, Mises en garde, Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage, posologie : voir notice ANDOL® est un médicament : ne pas laisser à la portée ni à la vue des enfants.
Excipients à effets notoires : métabisulfite de sodium.

C:656

التركيبة : كل قرص يحتوى على 500 مغ من الباراسيتامول
سوانح لدئق قشر وادم
دواعي الاستعمال : علاج أعراض الألام ذات حدة حادة
إلى متوسطة وأو حالات الحمى
موانع الاستعمال ، طرقة و كمية الاستعمال ،
الأعراض والعلامات في حالة جرعة مفرطة ،
أدوى دواء : لا يترك في متناول مرضى الأطفال .
سوانح ذو تأثير ملحوظ : مينابيسولفيت الصوديوم

6



Fabriqué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca

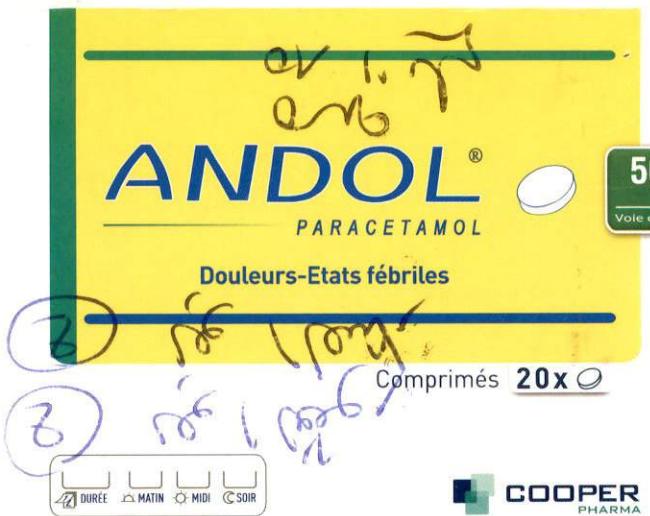
AMINA DAOUDI : Pharmacien Responsable

صنع من طرف كوبير فارما

41، زنقة محمد الدبوري، 20110، الدار البيضاء

الصيالي المسؤول : أمينة الداودي

76963640716



Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les
ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien
d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.
Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

يجب عدم رمي الأدوية في الأغواص أو في التفاسيب المنزلية. اسفصر
لدى المصافي عن طريقة التخلص من الأدوية غير المستعملة
تساهم هذه التدابير في حماية البيئة

AMM N° 222 DMP/21/NCN

COOPER

UTAV :



LOT N°

10 أقراص
عن طريق الفم

شالينيكا

G

سيتاميل®

باراسيتامول

1000 ملغ

الركام
الشقيقة
الروماتيزم
أوجاع الاسنان
آلام الاعصاب

الحمى
الاوجاع
نزلة برد
ألم القطن
آلام الدورة الشهرية

Posologie :

Lire notice. En général :

Adultes et enfants à partir de 15 ans (50 kg) : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler toutes les 4 heures sans dépasser 4 g / jour.

مخبرات شالينيكا - م.ن. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
G Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال

المقادير و كثافة الاستعمال : إقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications -

Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure

10 comprimés

Voie orale

GALENICA

G

CETAMYL®

paracétamol

1000 mg

Rhume
Migraine
Névralgies
Rhumatismes
Maux de dents



Fièvre
Grippe
Lumbago

Douleurs diverses
Douleurs des règles

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Paracétamol 1000 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg

Paracétamol
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



وصفة
ORDONNANCE

le 11/08/2021

SAI Nc88abn d

Rectif DID + cyano
de pech mit

Entzündung der art des char



Dr. RAYYAM YOUSSEF
Médecin Général

N° IPP :	343336	N° SEJOUR :	210017989	FACTURE N°	2105008817	DATE D'ENTREE :	11/08/2021	DATE DE SORTIE :	11/08/2021
ASSURE :				DESTINATAIRE :					
MALADE : SAI,Messaoud				UF:	5002 URGENCES	SAI,Messaoud			
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 GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
FOURNITURES MEDICALES				5.89					0.00	5.89

Intervenant : 10000150 RAYYAM YOUNES TOTAUX : 93,39 93,39

Arrêtée la présente facture à la somme de : **PLAFOND PC :** **ACOMpte:**

QUATRE-VINGT TREIZE DHS ET TRENTÉ NEUF CENTIMES

QUATRE VINGT TROIS DIX ET QUATRE NOS. CENTIMES

RESTE DU: 0.00

DATE FAÇONNÉE : 10/06/2021 — ÉDITÉ LE : 10/06/2021 — PAR : RAMDAN — ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE FACTURE : 12/08/2021 EDITEE LE : 12/08/2021 PAR: HAMDAN ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA

BANQUE : BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA

N° compte bancaire : 011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA

ANSWER: **1000** (1000000000)

Page :