

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

ditions 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.

tique :

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.

ntaire :

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 caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 062686

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9576 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABUZA Moustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : BASSET FATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE 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
20/01/2019	C		150DH	DR. MADAIDOU Najem Ophtalmologiste Polyclinique CNSS Derb Ghallef Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KADER OPTIQUE OPTIQUE ENNE - OPTOMÉTRIE 404, AV. Abdellah Benhaj Driessia IF : 025201981 N° : 001823017000021 PREScription	12/11/21 01.11.21	3300,- 369,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 01/11/2021

Boussek Fatima

139,00 × 2

① Duusucht 1.5 3 mois
ampij

69,60

② RiaCer Crème
1 opk x alj

22,20

③ Codoliprone 1cp - 3lj S.c.

369,80

05 22 86 42 05 - الهاتف 20 إلى 05 22 86 30 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Aaddamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27

Dr. ZGUENDI
Service des U
ditions

69,60
LOT 20003
PER 11723

PHARMACIE L'EXTENSION
à Casablanca
24 Rue Extension
Extension 22
Tél: 05 22 86 42 05

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été prescrit personnellement. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

DONA® 1500 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été prescrit personnellement. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

DONA® 1500 mg

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol.

Phosphate de codeïne hémihydraté.....

(Quantité correspondant à codeïne base)

Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon d

PPV: 22DH20

PER: 01/23

LOT: K132



FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

ACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,
En cas de co-administration avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER
CE FAIT A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

contiennent.



CASABLANCA LE,

02/11/2023

NOM ET PRENOM DU MALADE

BASSET Romain

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Av. Abdellah Senhaji Drissia
Tél : 0522 80 77 - Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D +1,50

O. G +1,25

VISION DE PRES

O. D

+1,25 +1,50 or 6

O. G

MONTURES

RUE ADDAMAN - DERB GHALLEF CASABLANCA
TEL. : 05 22 86 30 20/27 LG/FAX : 05 22 86 42 50

Dr. MADADOU Ndiaye
Ophtalmologue
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

404, Av.Abdellah Senhaji
Idrissia 1 -Casablanca
Tél : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36

KADER OPTIQUE

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

IF : 02520198
ICE : 00182301700027
INP : 095004081

O.D. = +150
O.G. = -125

FACTURE

N° 00765

Casablanca ,le 12/11/2021
M. BASSET FATHIA

ADD. = +150
ADD. = +150

Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O.D. = O.G. =	Prés { O.D. = O.G. =	OPTICIENNE OPTOMÉTRIE D.F. 404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1 Casablanca
--	----------------------------	----------------------------	--

FOURNITURE :

1 Montures :	Nehli-fa	800,-	800,-
2 Verres :	Profylofarfa	1250,-	1250,-
TOTAL :			3300,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Kader Optique
Cest OK

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMÉTRIE
404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1
Casablanca

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1251723	N° SEJOUR : 210087808	FACTURE N° 2102022421				DATE D'ENTREE : 02/11/2021		DATE DE SORTIE : 02/11/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		BASSET,Fatima		
MALADE : BASSET,Fatima		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

Intervenant : 11872016 DR MADAIDOU NAJEM OPHTALMOLOGUE		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 : 02/11/2021		EDITEE LE : 02/11/2021		PAR: ZBIRY		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						DATE AT :				
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31				