

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.

Education :

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

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

Déclaration : contact@mupras.com
Demande 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.

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
N° M21- 080722

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2874 Société : M21

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABBADI

Date de naissance :

Adresse : 78 Bd LIAISON, APT 5 Casablanca

Tél. : 06 66 48 90 96 Total des frais engagés : 609,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/4/22

Nom et prénom du malade : ouissal boudah Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 10/4/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

10/4/22	K16		250,00	
10/4/22	222 - EN		120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE
61 Bloc F Lot Le Comptoir
Benidia - Casablanca
17-05-22-45-52-21

10/4/22

239,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre			
AM	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 :

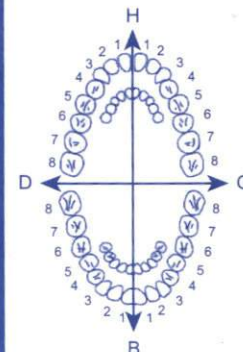
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

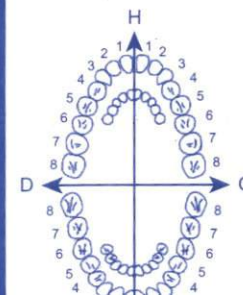
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS




الضمان الإجتماعي

الرقم 10840 - 10841

CNSS

Le devoir de vous protéger



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 10.4.22

Oui da dabah

EPS

72.00 Detenir el 10

lyp1

PHARMACIE 15 RAMNIVAN
61, Bloc F Lot. Le Comptoir
Benidia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

PHARMACIE 15 RAMNIVAN
61, Bloc F Lot. Le Comptoir
Benidia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

4 Tareg

131.50

Alpra 2

35.70

PHARMACIE 15 RAMNIVAN
61, Bloc F Lot. Le Comptoir
Benidia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

1cp

PHARMACIE 15 RAMNIVAN
61, Bloc F Lot. Le Comptoir
Benidia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

2 cp 1200

ni 14706

239.20



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

213474 1

EXP 12-2024

PPV 35,70

DETENSIEL® 10 mg, comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol fumarate



le

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable et dans

La posologie doit être adaptée individuellement. La dose habituelle pour les adultes est de un comprimé de Détensiel 10 mg, une fois par jour.

Dans les cas sévères, la dose peut être augmentée à 20 mg une fois par jour.

Dans tous les cas, la posologie doit être adaptée individuellement et progressivement, en fonction notamment de la fréquence cardiaque et de la réponse au traitement.

Durée du traitement

Le traitement par Détensiel est généralement un traitement au long cours.

Posologie chez les patients présentant une insuffisance hépatique et/ou rénale

Aucune adaptation posologique n'est généralement nécessaire chez les

POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 708143	N° SEJOUR : 220031411	FACTURE N° 2205008478		DATE D'ENTREE : 10/04/2022		DATE DE SORTIE : 10/04/2022					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : OUIDA, Sabah							
MALADE : OUIDA, Sabah											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 21022017 DR BOUBADARA FATIMA EZZAHRA CARDIOLOGUE	TOTAUX :	250.00					250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	250.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 10/04/2022	EDITEE LE : 10/04/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 708143	N° SEJOUR : 220031410	FACTURE N° 2205008477		DATE D'ENTREE : 10/04/2022		DATE DE SORTIE : 10/04/2022					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : OUIDA, Sabah							
MALADE : OUIDA, Sabah											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	120.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 10/04/2022	EDITEE LE : 10/04/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

C : 77bpm Infos Diagnostic
Duration P : 129ms 800: Rythme sinus
Intervalle P: 188ms ***Avec limites normales***

Complex QRS : 106ms

QT/QTc int. : 384/436ms

Axe P/QRS/T : 34/13/31°

Amp. RV5/SV1: 0.81/0.76mV

Amp. RV6/SV2: 1.57mV

Amp. RV6/SV2: 0.64/0.63mV

2022-04-10 22:41

Minnesota:

Hopital:

4-5-0 9-4-1

Rapport valide par:

W. du Sabah
TA = 17/4

I
II
III
21

I
II
III

25mm/s

10mm/mV

DFT-100 Hz AC50 Hz

Auto3x4



