

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 séductions.

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 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.

Le 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

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

ésision 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 personnelles.

 Optique Autres Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2874

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABBAIDI

Date de naissance :

Adresse : 73 Bd IBN Tachfine, apt 5 Casablanca

Tél. : 06 60 48 96 96

Total des frais engagés : 609,8 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/4/22

Nom et prénom du malade : Aïda Abdellah

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10/4/22

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
10/14/22	K16		280,00	
10/14/22	EN	100		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/4/22	239.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 10.4.22

On da dabah

RPS

72. Det en el 10

لطف

PHARMACIE 15 RAMADAN
61, BLOC F Lot. Le Comptoir
Benjdia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

X Tareg

131.50

Alpora 2

35.70

839.20

PHARMACIE 15 RAMADAN
61, BLOC F Lot. Le Comptoir
Benjdia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

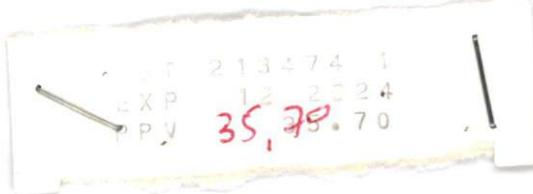
ni 14706

PHARMACIE 15 RAMADAN
61, BLOC F Lot. Le Comptoir
Benjdia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

1Cp

PHARMACIE 15 RAMADAN
61, BLOC F Lot. Le Comptoir
Benjdia - Casablanca
Tél: 05 22 45 25 21

b6201



DETENSIEL® 10 mg, comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol fumarate

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 quelles indications il est utilisé ?

Distribué par Cooper Pharma
PPV : 72,00 DH
6 118001 101788
7862160236
30 comprimés pelliculés sécables
DETENSIEL® 10 mg

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 patients présentant une insuffisance hépatique et/ou rénale.

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 :								DESTINATAIRE :	OUIDA,Sabah		
MALADE :	OUIDA,Sabah				UF:	5002 URGENCES					
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 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	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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 :

DESTINATAIRE :

MALADE : OUIDA, Sabah

OUIDA, Sabah

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5002 URGENCES

TIERS PAYANT 2 :

N° IMMAT C.N.S.S :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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 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 :

PLAFOND PC : ACOMPTE:

CENT VINGT DHS

REMISE : 0.00 REGLE : 120.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 10/04/2022

EDITEE LE : 10/04/2022 PAR: BAKHRI

RESTE DU: 0.00

ACCIDENT DE TRAVAIL : DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Réglément 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:

du docteur
M. J. A.

71.441

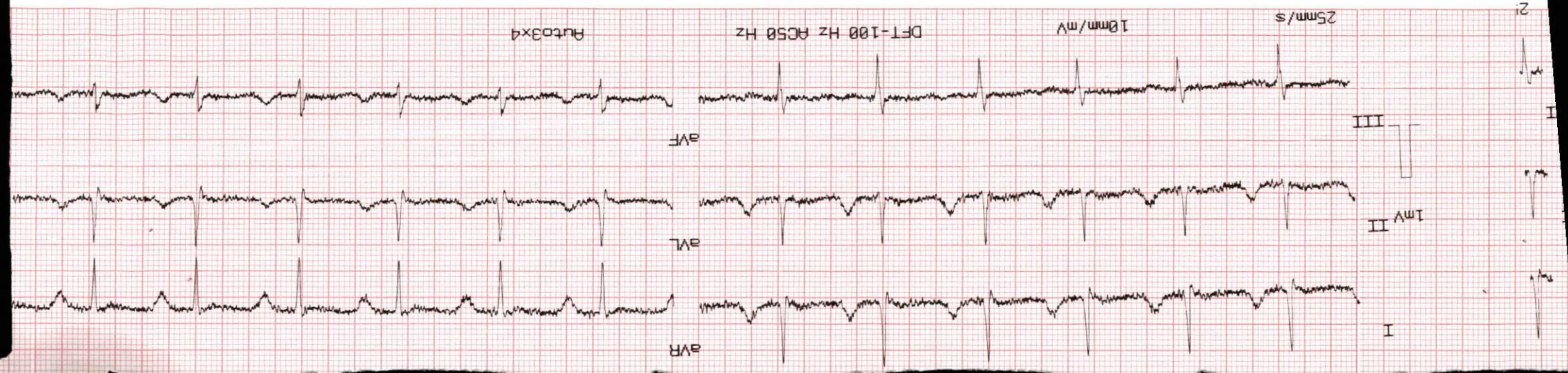
2!

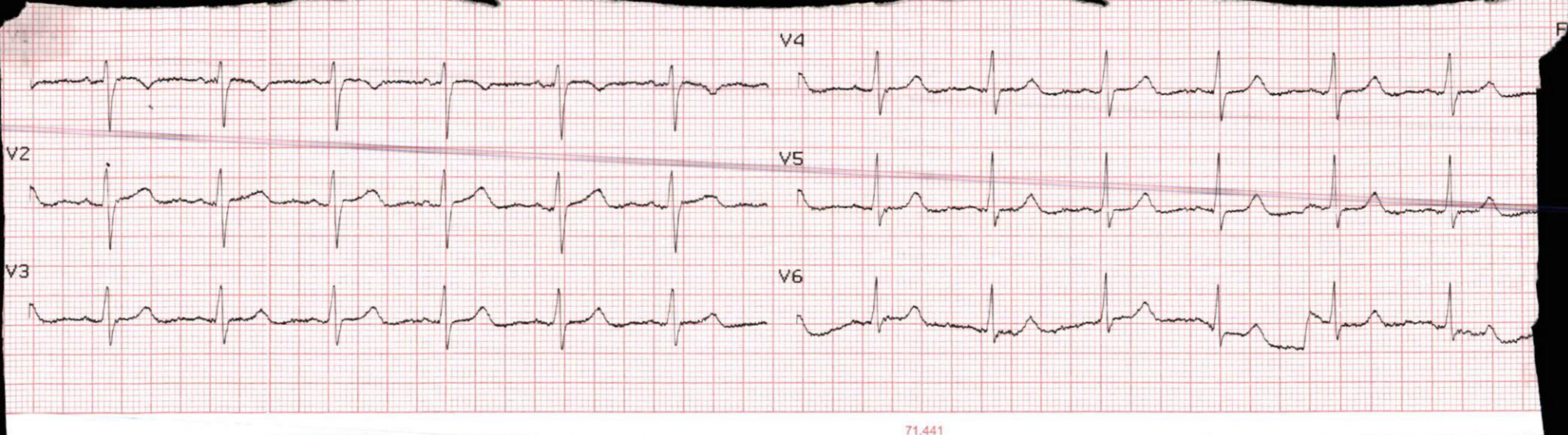
25mm/s

10mm/mV

DFT-100 Hz AC50 Hz

Auto3x4





71.441