

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@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.

N° W21-723209

126087

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 11048

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARLOUKI Chafika

Date de naissance : 22-02-1975

Adresse : Habi bnebla

Tél. : 0643146800

Total des frais engagés

404,80

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | <input type="checkbox"/> Cachet du médecin : |
| MUPRAS DR. MARLOUKI Chafika | |
| Date de consultation : | 16/08/2022 |
| Nom et prénom du malade | DR. MARLOUKI Chafika |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Membre |
| Nature de la maladie : | Consultation gynécologique |
| 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 : ASA

Le : 18/08/2022

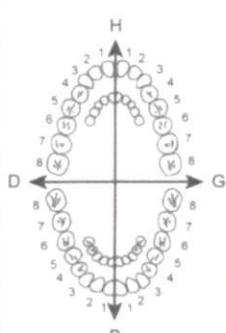
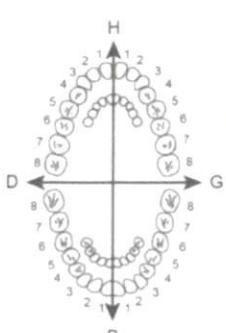
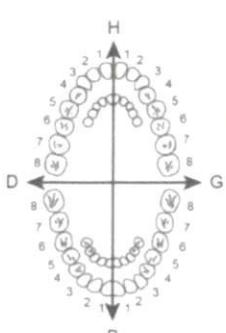
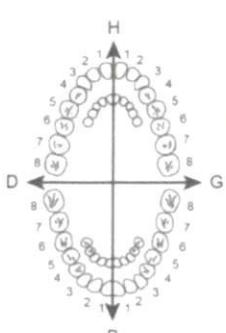
Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 12/07/22 | G2 | | 155,80 | INP : 09 M 28 61 8 Dr. M. M. Gynecologue CNECC CNSS SIDI BERRACHE |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | |
|--|----------|-----------------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | |
| PHARMACIE MOUBARAKA BOUGHOU Wafaa Docteur en Pharmacie 6 Blok 1 Hay Moubaraka Bernoussi INPE 092043884 | 12/07/22 | 155,80 | |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 13/07/22 | Bg | 99 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
|----------------------------------|----------------|---------|---------------------------------|----|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | AM INPC | 1M | IV | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|  | | | | |
|  | | | | |
| | | | | 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 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 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 | | | | |

دكتور معاذ بوعصب
دكتور في الصيدلانية
BOUGHOUWAFAA
PHARMACIE MOUBARAKA
6 Bloc 1 Hay Moubaraka Bernoussi
Casablanca
Tel 05 22 76 76 41

Casablanca, le / / 2002

M. M. Marouki
Charifa

27.5 Spasfree (S.V.)
10 days

37.3° Pelvic Synechiae x 02 (S.V.)
دكتور معاذ بوعصب
دكتور في الصيدلانية
BOUGHOUWAFAA
PHARMACIE MOUBARAKA
6 Bloc 1 Hay Moubaraka Bernoussi
Casablanca
Tel 05 22 76 76 41

900
Dr. Mariama Bensaid
GYNECOLOGUE OBSTETRICIENNE
SIDI BERNOUSSI
Polyclinique Addaman
Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45
Fax : 05.22.73.15.72

LOT:210629
PER:12/2026
PPV:27,50 DH

POLYGYNAX®

6 capsules vaginales

MAPHAR
POLYGYNAX 6 capsules vaginales
Bd. Alkimia No. 6, QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc
P.P.V. : 38DH30

6 118001 182015

Liste des excipients à effet notoire :

Huile de soja hydrogénée.

Forme pharmaceutique : capsule vaginale.

Indications thérapeutiques :

traitement local des infections vaginales.

Mode et voie d'administration :

voie vaginale.

Tenir hors de la portée
et de la vue des enfants

Lire attentivement
la notice avant utilisation.

Précautions particulières
de conservation

À conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Laboratoire INNOTECH INTERNATIONAL

Importé sous licence par :

maphar

Bd. Alkimia No. 6, QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc

Lot

08 / 2023

59681

306
Casablanca le 12/07/2022

Dr. HASSAN KI
Clarifa

B.C.B.



Mariama MATHER
Télélogue Obstétricier
Médecin Généraliste

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--|------------------|------------------|--------|----------------------------|---------|-----------------------------|---------|----------------|---------|
| N° IPP : 601762 | N° SEJOUR : 220027661 | FACTURE N° 2202010772 | | | | DATE D'ENTREE : 12/07/2022 | | DATE DE SORTIE : 12/07/2022 | | | |
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | | |
| MALADE : MARZOUKI,Charifa | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | MARZOUKI,Charifa | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : REF. PC 2 : | | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| NATURE DE PRESTATION | | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION DE SPECIALISTE | | Cs | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------|---------|--|--|--|----------|--------|
| Intervenant : 10574 DR. MAHER MARIAMA | | | | TOTAUX : | 150.00 | | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | | AVOIR: | |
| | | | | RESTE DU: | 150.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 12/07/2022 EDITEE LE : 12/07/2022 PAR: MOUJAH | | | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | |
| VISA | | | | N° DE POLICE : | | | | | | | |
| | | | | DATE AT : | | | | | | | |
| | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI | | | | | | | |
| | | | | BANQUE : BMCE - BERNOUSSI | | | | | | | |
| | | | | N° compte bancaire : 0117800004921006006888 | | | | | | | |





| N° IPP : | 601762 | N° SEJOUR : | 220027807 | FACTURE N° 2203001320 | | | | DATE D'ENTREE : | 13/07/2022 | DATE DE SORTIE : | 13/07/2022 |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | |
| MALADE : | MARZOUKI,Charifa | | | | UF: | 5004 LABORATOIRE | | | | | |
| 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 | |
| ACTES DE BIOLOGIE | B | 90.00 | 1.10 | 99.00 | | | | | 0.00 | 99.00 | |
| ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|--|-------|--|--|--|----------|-------|
| Intervenant : 106999 EQUIPE,BILOGISTES BILOGISTES | TOTAUX : | 99.00 | | | | | | | 99.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS | PLAFOND PC : | | | | | | | ACOMPTE: | |
| | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 99.00 | | | | AVOIR: | |
| | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 13/07/2022 | EDITEE LE : 13/07/2022 | PAR: FAZAZI | <u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u> | | | | | | |
| VISA | | | N° DE POLICE : DATE AT : | | | | | | |
| | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI | | | | | | |
| | | | BANQUE : BMCE - BERNOUSSI | | | | | | |
| | | | N° compte bancaire : 01178000049210006006888 | | | | | | |

NOM : MARZOUKI
PRENOM : CHARIFA
SEJOUR : 27 807
SERVICE : EXT
DATE : 13/07/2022
MEDECIN :

ECBU

ASPECT : LEGEREMENT TROUBLE

CULOT : MOYEN

CYTROLOGIE :

leucocytes : RARES
hematies : ASSEZ NOMBREUSES
cylindres : NEANT
cristaux : NEANT
levures : NEANT
cellules Epitheliales : ASSEZ NOMBREUSES
cellules Renales : NEANT

EXAMEN DIRECT : NEGATIF

CULTURE SUR MILIEUX USUELS : NEGATIVE

