

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M22- 0040029

141496

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6233

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMNACIAR

ABDELAZIZ

Date de naissance :

29.11.58

Adresse :

B7 TANTAN - les Terrasses L'ANFA - IN. H.  
2<sup>e</sup> ETAGE - n<sup>o</sup> 10 - 1000

Tél. :

0662800924 Total des frais engagés : 280.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

2019-03-13

2022

Nom et prénom du malade :

M. Lamnaciar Abdelaiziz Age: 61 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alzheimer

Age: 61 ans

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : 19/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

### 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 déroulement des Actes
13-12-12	Consultation	150	150	Dr. JALAL DIB Spécialiste en Dentisterie Infirmier 2ème année 13/12/12
				Praticien : Dr. Ghanei
				Praticien : Dr. Ghanei

### DETERMINATION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hanan HABOUCHE 68, Avenue Tantan & Bz La Corniche CASABLANCA - Tél. 0522 35 35 30	13/12/12	13000

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 13/11/22

Mr Lammouar Abdelaziz

40 g

10g Tardyferon 80 mg.

29g 1-0-1 x 03 mois

20g Maxitone

1aup le matin x 10 jours

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le : 59AC0011  
PPE : 89,50 DH

13000  
PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHA  
60, Avenue Tantan & Bd. La Corniche  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 36 35 30

Dr. JALAL Ouassana  
Spécialiste en Médecine  
Institut de Santé  
UG7031384

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Tardyferon® 80 mg



6 118001 103041

319334

## Tardyferon® 80mg 30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

ant de prendre ce  
importantes pour vous.  
ament en suivant  
s cette notice ou par  
PPV : 40,50 DH

n de la relire.  
conseil ou information.  
uble, parlez-en à votre

médecin, ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

### Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 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 : 1345178	N° SEJOUR : 220113752	FACTURE N° 2202028173				DATE D'ENTREE : 13/12/2022		DATE DE SORTIE : 13/12/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		LAMNOUAR,Abdelaziz		
MALADE : LAMNOUAR,Abdelaziz		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 : M0100005 DR JALAL OUASSIMA	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 : 13/12/2022	EDITEE LE : 13/12/2022	PAR: LAGRIB	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	

Caisse Consultation  
 Poly Clinique  
 Derb-Ghallef  
 CAS