

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

- 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.

M22- 0030871

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : R.A.M 169137
 Actif Pensionné(e) Autre : INARAY - Abdellah
 Nom & Prénom : INARAY - Abdellah
 Date de naissance : 1950
 Adresse : ON A 250 Dernour.
 Tél. : 0633533001 Total des frais engagés : 22,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr TAJANY Abdellah
 Médecin Neurochirurgien
 INPE : 091144750

Date de consultation : 25/05/2023
 Nom et prénom du malade : MARARY Sultan Age : 20 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : rév. cervico-lachiale, @ lombosacrale
 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 : caza Le : 25/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 1373

21 JUIL. 2023

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
25/05/2023	CS		150000	Dr TAJANY Abdellah Médecin Neurochirurgien INPE: 091144790

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ORSI LOT N°20 DEROUA TEL: 06 22 51 51 90 Gsm: 06 57 54 20 88	25/05/2023	22,20 DM

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. Arrows point to				

وصفة

ORDONNANCE

le 25/05/2023

NARARY sulfure.

⇒ Nodol. 400g.

2220 Δ CP X 3j.

⇒ Codolipaque

Δ CP X 3j.

Dr. Tammal. 50g.

Δ CP X 3j.

PHARMACIE MORSLI
LOT 01A N°20 DEROUA
TEL. 05 22 51 51 90
Gsm. 06 57 54 20 88

NS

Dr TAJANY Abdelilah
Médecin Neurochirurgien
INPE : 04144790

Codolip

PARACETAMOL ET CODEINE

PPV: 22DH20

PER: 01/25

LOT: M143

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codeine hémihydraté	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeine base)	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

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 codeine
- 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.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



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 :	1385612	N° SEJOUR :	230050351	FACTURE N° 2302014059				DATE D'ENTREE :	25/05/2023	DATE DE SORTIE :	25/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	SULTANE,Marary				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 :	M0100011 DR TAJANY ABDELILAH		TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DATE FACTURE :	25/05/2023	EDITEE LE :	25/05/2023	PAR:	IMANE	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :
VISA			RESTE DU:	0.00						
ACCIDENT DE TRAVAIL :										
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