

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MUPRAS :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° W19-596064

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

406

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

QADIRI FATIMA

Date de naissance :

01-01-1935

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : _____ Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHAHIR IDRISI Taïbi
Cardiologue
GSM : 06 61 86 30 59

Date de consultation :

13/11/23

Nom et prénom du malade :

QASSIMI RAME

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA + IC

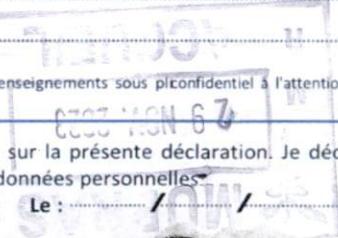
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Dénomination	Montant détaillé des Horaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.11.2017	Calbes Polyvalent n° 5	DR CHAHIIR IDRISSE TAH	250	INP : 041037129 Cardiologue Tél : 06 61 86 30 59

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BONNALEZ 5, Bd. Anatole France 76100 Rouen Tél.: 05.22.70.52.10	13/11/23	562,80

وصفة

ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

le 13/11/13

Grandfil Fahima

34656 XH
نحوه
fr. Rx - - dasilva 40 15 mg.
- Amex 1
- Ca de sil 20 15 mg.
28/11/13
46.8
56.8
56.8 - - Zofidea 10 15 mg.
56.8 - - Sufin 10 15 mg.



Dr. CHAHI DRISSE Taibi
Cardiologue
GSN

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 22E020
PER : 01/2026



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 23E004
PER : 01/2027



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 23E004
PER : 01/2027



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 23E004
PER : 01/2027



PPV : 45,00
LOT :
PER :

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
78216236

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

78216236

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



49,40

49,40

49,40

LOT 231735
EXP 05 2027
PPV 46,70 DHS

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

A

N° IPP :	1431173	N° SEJOUR :	230114329	FACTURE N° 2302030128			DATE D'ENTREE : 13/11/2023		DATE DE SORTIE : 13/11/2023	
ASSURE :							DESTINATAIRE :		QANDIL,Fatima	
MALADE :	QANDIL,Fatima			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. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 0172011 DR CHAHIR IDRISI TAIBI (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 : 13/11/2023	EDITEE LE : 13/11/2023	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
Polyclinique
Derb-Ghallef

ECG de repos Auto

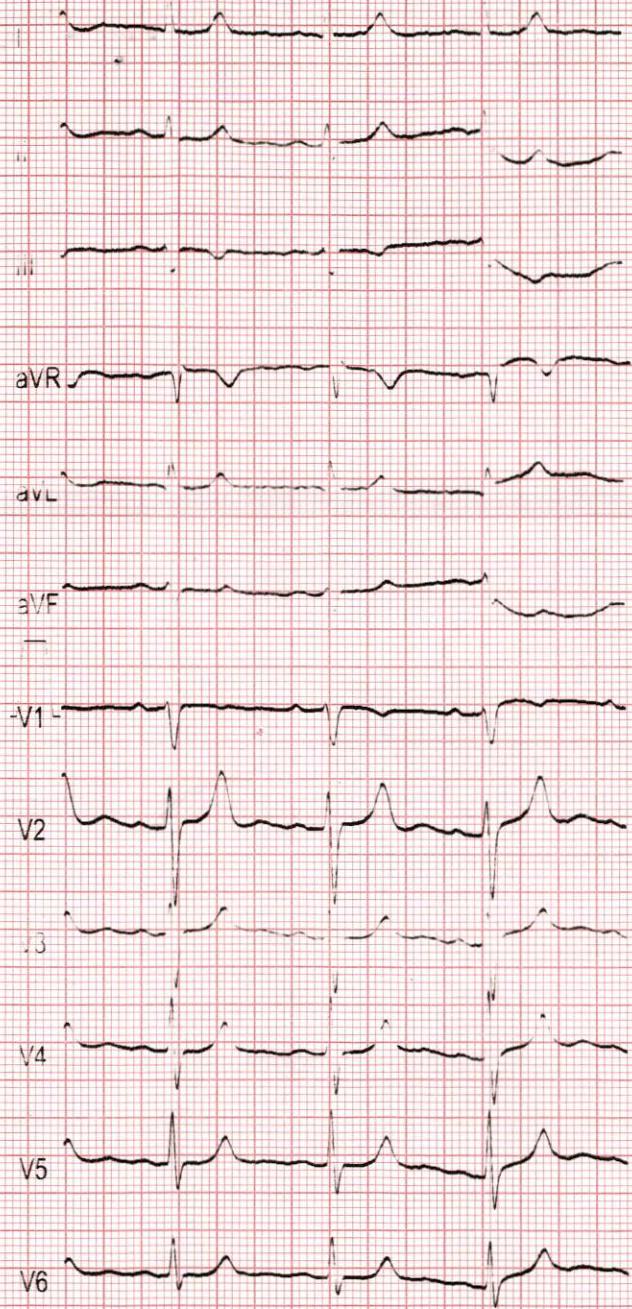
12:31pm nov 12 2023

Hôpital Hospital RECID: 4345

Patient: 'D' 2023/11/12 2227 Jour de la naissance'

Age: Sexe: Sys Dia Pois: Hauteur:

Drugs:

Q ANDIL FATIMA

[Measured Cardiac Rythm Events]

HR: 71bpm PR: 175ms QRS: 86ms QT: 334ms QTc: 416ms QT: 0.92

RV5: 0.76mV SV1: -0.47mV P QRS/T QRST axis: 49.66/344.98/20.91/35.93 deg

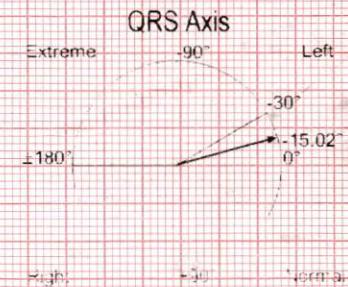
[Interprétation Résumé - Adulte]

28- QRS axis range from 0 to -30 degrees.

Not necessarily pathological.

[Doctor comments]

Nom du médecin: Doctor



0s 1s 2s 3s

25mm/s 10mm/mV AC60 DF0.1 MF35 LF200

CARDIPIA 800H Ver. 2.0.81.57-181127S