

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.

M22- 0059261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LACHHABE Smail / Nouve. Rachidiane

Date de naissance :

Adressse : Res. El Fajr, Imb. 117 - M. Yassine

May Al Qods - BOUINOUSSI - CASA

Tél. :

Total des frais engagés : 580,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

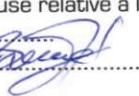
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 05801 Le : 15.10.2021

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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.

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
07/07/23		CS	100.000		
INPE et code à Barres					
14107123		ctr	00		
20/07/23		ct	00		
INPE et code à Barres					
04107123					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغوفر Montant facturé	صورة جib الاشعة او الإيجياني Signature et Cachet du Rau.. ou Biologiste	Formal/ PRESENTATION Box to be checked Nach Präsentation Vorstellung Magazin + Ver- trieb
٢٠١٢/١٢/٢٠١٣	٦٢٤		١٥٠		
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

جدول الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممنوعة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
07.07.23	208,80		
INPE et code à Barres 092029248			
80-07-82	40,00		
GHOFRANE NPE : 092029248	82,10		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1	NPE : 092029248	GHOFRANE	

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. MOBSIT Mariam
Médecine générale

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques



- الدكتورة مبسط مريم
الطب العام
- الفحص بالصدى
 - تتبع الحمل
 - تخطيط القلب
 - متابعة الأمراض المزمنة

Casablanca, le 14/07/23

Laghder sonad

28,10

11 Vogalene sirup (50)

1 can x 3 fl

31,60

11 Perazine ané

1 cap x 2 fl

22,40

81 Canagliflozine 150 mg

1cp 1 fl

= 82,10

CANAFLUCAN 150mg
Boîte de 1 gélule



6 118000 091066

Vogalene 0,1%
Solution buvable - 150 ml



6 118000 081050



Pevagin 1% Crème
Gelée de 30g

6 118000 090571

Ordonnance

le : 22.10.12

Nom & prénom :

Laghdir sonad

40,00

1 l Biomylase sirop

decaz

= 40,00

BIOMYLASE® 200 U.CEPI/ml
Sirop 125 ml



6 118000 120742

MAGNÉ[®]*plus*

Magnesium + Vitamin B6 + Vitamin B2

FORME / PRESENTATION :

Box of 20 effervescent tablets.

COMPOSITION :

Each effervescent tablet contains :

Magnesium oxide light 500 mg (Equivalent to 300 mg of magnesium element)

Vitamin B2 1,8 mg

Vitamin B6 2 mg

EXCIPIENTS :

Citric acid, sodium bicarbonate, sorbitol, potassium bicarbonate, aspartame*, acesulfam-K, ester sucrose, macrogol, aerosil, colorant, flavors.

INDICATIONS :

Stress.

Tiredness.

INSTRUCTIONS FOR USE :

Oral route.

Put the tablet in a glass of water and drink after complete dissolution.

Each tablet contains 0,19 g of sodium.

It is recommended to take this product as a part of a healthy diet.

DOSAGE :

Adult : 1 tablet daily.

NUTRITION FACTS FOR 1 TABLET :

Energy value	10.2 Kcal (44.2 Kj)
Polyols	0,21 g
Organic acids	3,24 g
Sugar	0 g
Sodium	0,19 g

Food supplement, it is not a medicine.

Close the tube immediately after use.

Keep out of reach of children.

Store in a cool and dry place.

Do not exceed the recommended dose.

MC PHARMA
Laboratoire pharmaceutique

Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Morocco

Qualified person : O. MOTII

(*) Source of phenylalanine

Dr. MOBSIT Mariam
Médecine générale

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques



الدكتورة مبسط مريم
الطب العام

- الفحص بالصدى
- تتبع العمل
- تخطيط القلب
- متابعة الأمراض المزمنة

Casablanca, le

22/07/13

Laghdir Souad

Rx du Docteur

Dr. Souad

Dr. Souad
Médecine générale
Casablanca
Tél: 0522 74 32 14
Email: drmobsitmariam@gmail.com

SERVICE DE RADILOGIE

RADIOLOGUE :

NOM : LAGHDIR

MEDECIN DEMANDEUR
DR

PRENOM : SOUAD

DATE : 20/07/2023

EXAMEN RADIOLOGIQUE : PIED DT

RESULTAT

- Absence de lésion focale visible au niveau de la trame osseuse .
- Les interlignes articulaires sont réguliers et de hauteur conservée ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS





N° IPP : 642580	N° SEJOUR : 230033080	FACTURE N° 2304012500				DATE D'ENTREE : 20/07/2023 DATE DE SORTIE : 20/07/2023				
ASSURE :	MALADE : LAGHDIR, Souad					UF: 5003 RADIOLOGIE	DESTINATAIRE : LAGHDIR, Souad			
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S. :									
TIERS PAYANT 1 :	TIERS PAYANT 2 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
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 RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE		TOTALS :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :		CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :		
DATE FACTURE : 20/07/2023		EDITEE LE : 20/07/2023 PAR: ESSAAI		RESTE DU:	0.00						
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
				N° DE POLICE :							
				DATE AT :							
				Régler ent à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BF BNOUSSI							
				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
				N° compte bancaire : 01178000049210006006888							