

## 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.

N° W21-786068

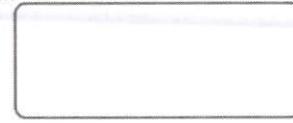
155526

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10397</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>AZZAB Mohamed</b>			
Date de naissance : <b>06/11/1974</b>			
Adresse : <b>BD HACHINI FILALI Res. Les Jardins de Bahia 2 Imm. 4 Apt. 8</b>			
Tél. <b>0666 493849</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **ATI'QUI Samya** Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

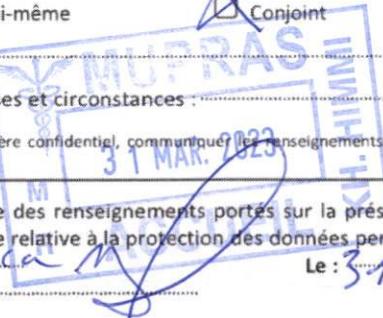
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : **Casablanca** Date : **31 MAR 2023** Le : **31/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

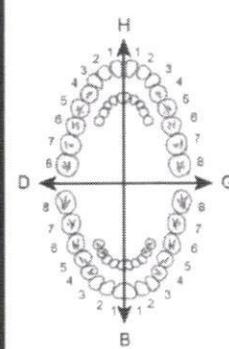
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الضمان الاجتماعي <b>CNSS</b>	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>			<b> مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> Réf. : 610-2-06 مرجع رقم : 610-2-06		
	Emis à :	CASABLANCA	أصدر ب :	Page 1 / 1		
	Le :	20/02/2023	بتاريخ :	الصفحة		
N° d'immatriculation 187211878 Règlements de la période du : 17/02/2023 : من au : 17/02/2023 : إلى		رقم التسجيل أداءات الفترة	<b>Destinataire</b> ATIQUI SAMYA			المرسل إليه

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنبر الصحة	مبلغ المصارييف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>ATIQUI SAMYA</b>											
114240248	17/01/2023	ECHO	GYNÉCO OBSTÉTRIQUE	200,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	17/02/2023	140,00
114240248	17/01/2023	CS	GYNÉCO OBSTÉTRIQUE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	17/02/2023	105,00
114240248	17/01/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	36,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	17/02/2023	20,79
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
 ou le portail des assurés  
 ou l'application mobile  
 ou appeler notre serveur vocal au numéro  
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
 « Ma CNSS »  
 080 20 30 100  
 080 203 3333 / 080 200 7200

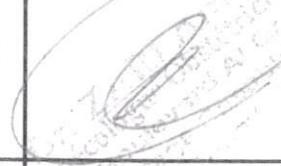
للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
 أو البوابة الإلكترونية للزمزم لهم  
 أو تطبيق الهاتف  
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



### Description des actes effectués

وصف العمليات المحركة

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
٢٣/٠١/٢٣				٢٠٠	

CIM-10

Actes Paramédicales

الطبين المساعدات عمليات

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ]					
INP : [ ]					
INP : [ ]					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المخزون Montant facturé	طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du ou Biologiste
17/01/23				2000	
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

**توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية**  
**Signature et Cachet du Pharmacien et/ou**  
**Fournisseurs des dispositifs médicaux**

**Dr. ZARI Amal**

**Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique**

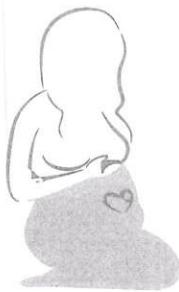
**Ancien Attaché aux Hôpitaux de france**

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



**الدكتورة الزرعى أمال**

**اختصاصية في أمراض النساء والتوليد**

**طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا**

**متابعة الحمل - التوليد**

**الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D**

**جراحة النساء والثدي**

**الجراحة بالمنظار - العقم والإخصاب**

**Dr ZARI Amal**

## **Note d'honoraire**

**17/01/2023**

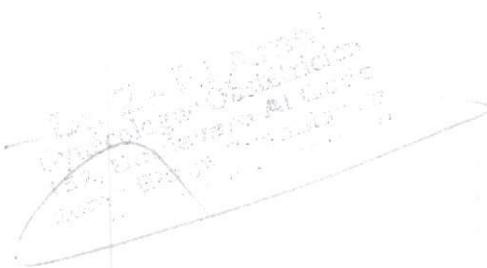
**Nom du patient : ATIQUI SAMIA**

**Arrêtée la présente facture à la somme de 500 DH**

**Pour le (s) examen (s) suivant (s) :**

**CONSULTATION :250dh**

**ECHOGRAPHIE : 250dh**



**DR ZARI AMAL**

**Dr. ZARI Amal**

**Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique**

**Ancien Attaché aux Hôpitaux de france**

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Cœlioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



**الدكتورة الزرعى أمال**

**إختصاصية في أمراض النساء والتوليد**

**طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا**

**منابعة الحمل - التوليد**

**الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D**

**جراحة النساء والثدي**

**الجراحة بالمنظار - العقم والإخصاب**

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Date : 17/01/2023

**Nom & Prénom : ATIQUI SAMIA**

**Opérateur : Dr ZARI Amal**

**Appareil : GE Voluson Type : E8 (Mise en service 06/2020)**

**Modalités d'examens:** Voie endovaginal

-Utérus en situation antéversé antéfléchi de taille normal

-L'endomètre homogène

-l'ovaire gauche : RAS

-l'ovaire droit : RAS

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

**Conclusion :** Echographie endovaginale sans particularité

**Dr ZARI Amal**

**Dr. ZARI Amal**  
**Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique**

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



**الدكتورة الزرعى أمال**  
**اختصاصية في أمراض النساء والتوليد**

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

منابعة الحمل - التوليد

الحمل على الماء والشخص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء والشندي

جراحة بالمنظار - العقم والإخصاب

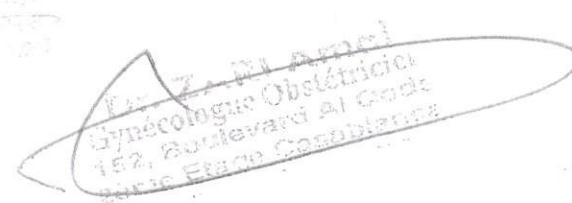
AT-1-2023

Nom ATI Qui SAMYA

36,0°

1/ Hydrolin pommade

à application x 2 / 5



152 Bd. Al Qods Abwab California Ain Chock

Rés. Dar Salwa 2 - 1er Etage Casablanca

E-mail : zariamaL2975@gmail.com Tél: 05 22 87 40 07

شارع القدس أبواب كاليفورنيا عين الشق  
إقامة دار سلوى 2 الطابق 1 الدار البيضاء

## میکو ایدرالان

لیونز مارکس

**مدة العلاج**  
تتألف مدة العلاج لاسبوع واحد.  
الاستخدام المنظم للمنج طوال مدة العلاج أمر بالغ الأهمية لخراج  
العالي.  
إذا استمرت الأعراض لأكثر من 7 أيام، فيجب استشارة الطبيب.

٤. ما هي التأثيرات الغير مرغوب فيها الخاملة ؟  
 كجميع الأدوية، قد ينبع عن استخدام ميكوإيدرالان، كرم، ظهور  
 التأثيرات الغير مرغوب فيها. رغم أن هذه تأثيرات لا تظهر لدى  
 الجميع.  
 التشنج، الحفظ الجيد، الحركة، التهيج الخرقان، وانتفاخ الأنسجة:  
 الإفراط، انخفاض ضغط الدم، ضيق التنفس.  
 الشعور بعدم الراحة على مستوى المهام الجنسية.  
 الإيلاج عن التأثيرات الغير مرغوب فيها  
 ذا ينبع بأثر تأثيرات غير مرغوب فيها، أخرجي طببتك أو الصيدلي  
 هذا  
 إن شعرت بأثر تأثيرات غير مرغوب فيها، اطلب طبيبك أو الصيدلي  
 المساعدة.

٤- كيف يحفظ ميكروإيدرالان كرم؟  
حفظ هذا الدواء بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.  
٥- هل يمكن استخدام هذا الدواء بعد انتهاء الصلاحية المشار إليه على  
علبة الدواء؟

**بيان سلامة الأدوية**  
يسنت إنتاج وبيع وترويج ونقل وتخزين وحفظ واحتياط وتحميض وتصدير ومستهلكة الأدوية والمستحضرات الصيدلانية المذكورة في هذه التدابير من شأنها حماية البيئة.

**معلومات إضافية**  
**البيان الكاملة لمكونات الفعالة والسواغات**  
 على ماذا يحتوي ميكروبيلاين، كريم؟  
 **المادة الفعالة هي:**  
 المولوتارول ..... 10% من الكلر  
**مكونات أخرى هي:**  
 ستياراتالسيسيتيل، بوليسيوريات، 60. باليتانالسيسيتيل، كحول  
 ستياراتسيستيريل، أوكيدلوكابول، كحول البنزيل، والاء النقفي.  
 ما هو ميكروبيلاين، كريم وما هو مكوني العلبة التاريخي؟  
 نقدم هذا الدواء على شكل كريم في أنواع سعته 30 غرام.

**شركة المراخصة**  
مختبر بفاس - ش. م.  
كيلومتر 0.600 طريق الوليدية  
صندوق البريد 35-36  
المجديدة - المغرب  
بشارع الحسن الثاني  
باب زغوان 30030  
الدار البيضاء - المغرب

آخر تاريخ قمت فيه مراجعة هذه النشرة هو 18 دجنبر 2020.

**المواءم الهرمونية**   
 - شهرية، وانقطاع  
 - الطمث، والحمل  
 - كافية التعرف على الالتحاب القطري المهبلي - الفرج؟

لرجو قراءة هذه النشرة بعناية قبل استخدام هذا الدواء لأنها تقتوي على معلومات مهمة لعلاجكم.

ذا كانت لديك أنسنة أخرى أو شنك، فاطلب المزيد من المعلومات من طبيبك أو من الصيدلي.

احتفظ بهد النشرة، فقد تحتاجين إلى إعادة قرائتها مرة أخرى.

إذا كنت بحاجة إلىزيد من المعلومات والنصائح، فيرجى استشارة الصيدلي.

إذا لاحظت الأعراض أو استمررت، فيرجى استشارة الطبيب.

إذا لاحظت ظهور أي تأثيرات غير مرغوب فيها لم يتم الإشارة إليها في هذه النشرة، أو إذا لاحظت ظهور أي من التأثيرات الغير مرغوب فيها المرددة في هذه النشرة على أنها تأثيرات خطيرة، يرجى إخبار طبيبك أو الصيدلي.

٤- ما هي ميكروإيدرالن . كرم . ومهما هي الحالات التي يستخدم فيها ؟

٥- ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استخدام ميكروإيدرالن . كرم ؟

٦- كيف يستخدم ميكروإيدرالن . كرم ؟

٧- ما هي التأثيرات الفيبر مزعوب فيها المتملة ؟

٨- كيف يحافظ ميكروإيدرالن . كرم ؟

٩- عمليات اضطرابية ؟

ما هو ميكرو-إيدرالان كريم، وما هي الحالات التي يستخدم فيها؟  
**أضداد الفطريات الموضعية**  
**دواء: أجهزة المولى - التناسلي والهرمونات الجنسية**  
 يصف هذا الماء للأواقي لعلاج التهابات الفرج التي تسببها الفطريات فرجية- المهبلية ذات الخثار الحساسة (أمراض ناجمة عن فطريات فرجية):

ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استخدام  
الأوكوكابريلان . كرم . واتصالات  
ال BASSESSA (رسالة إخبارية) . كرم . في الحالات التالية :  
يتعين استخدام ميكوبايدريلان . كرم . في الحالات التالية :  
- تكونات الريحان المخربة في غرغير .  
- متشكلات الأيمدازول أو أي من  
غيرات وأحتياطات الاستخدام  
- يرجو توخي أخذ عند استخدام ميكوبايدريلان . كرم .  
- قبض ووضعه على جلد مصاب . فيجب احترام التوصيات والجرعة التي  
قد يدها الطبيب بحسب تغافل المنتج الجلد الحليق .  
- إذا ظهرت عليك أي من الأعراض التالية . قال ، أو طبلة مدة استخدم  
أوكوكابريلان . كرم .

حمى، غثيان، تقيؤ،  
أم اسفل البطن.

Crème 30 g

6 118000 170358

دوون دو

العلاء رات

الوطني طرف المطر

الإمارات - مجمع برج الامارات

كـن للطبيب أن يعالج زوجك أيضاً لمنع نقل العدوى إلى الآخرين بحقوق مهنية وزيادة الحكمة، عموماً. قد تجد هذه الظواهر تختفي تلقائياً عند موافصلة العلاج، إذا استمرت هذه مراض لعدة أيام.