

# 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- 0035184

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

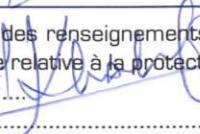
Matricule :	00.543	Société :	159211
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL KHAZI	Med.
Date de naissance :		01-01-1943	
Adresse :			
Tél. :		066274557	Total des frais engagés : _____ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :		<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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.

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 :

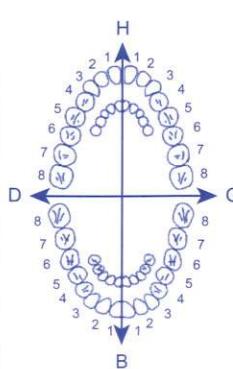
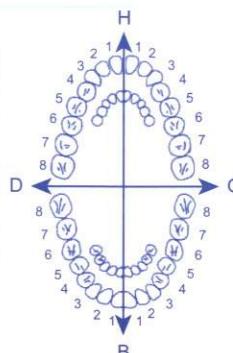
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الصندوق الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>				مديرية التأمين المحس الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم : 1/1
	Emis à :	CASABLANCA	اعتباراً من تاريخ :	Page 1/1	
Le :	11/04/2023	المنتهى في تاريخ :			
N° d'immatriculation : 186172518      رقم التسجيل : ANDALOUSSI LATIFA Règlements de la période : 11/04/2023      أداءات الفترة : من 11/04/2023      إلى				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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	المشتفي	مقدار المدفوعة	مبلغ المسترد	التعريفة المرجعية	المعامل	النسبة	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Taie de référence	Greff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>ANDALOUSSI LATIFA</b>											
123472292	22/03/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	11/04/2023	175,00
123472292	22/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1758,80	0,00	1,00	20,00	0,00	0,00	11/04/2023	960,26
123472290	27/03/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	11/04/2023	175,00
123472290	27/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	139,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	11/04/2023	97,30
123472290	27/03/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	360,00	275,00	250,00	1,00	275,00	70,00	11/04/2023	192,50
<b>Total remboursé</b>											<b>1600,06</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>1600,06</b>

- Sauf erreur ou omission

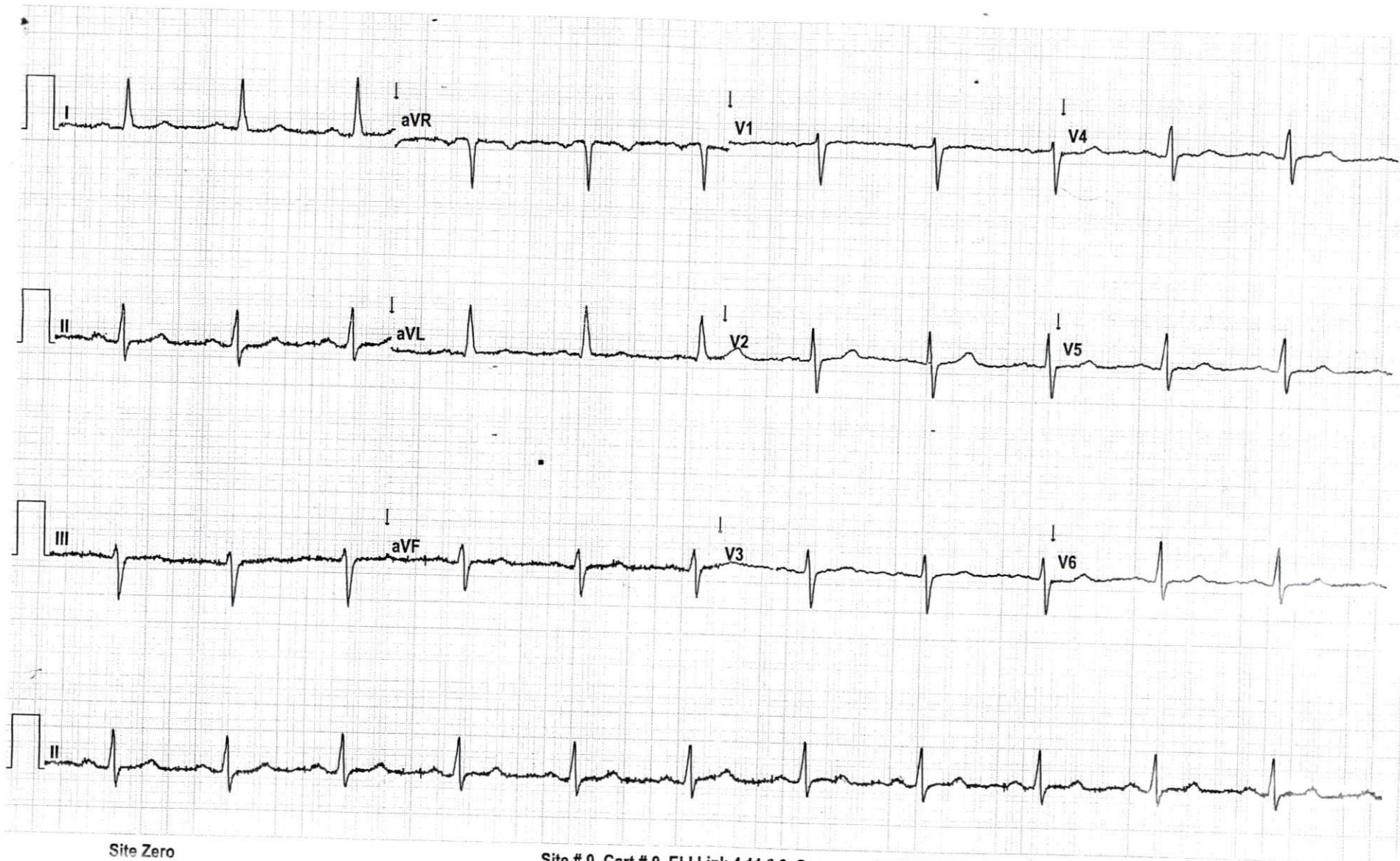
ما دعا خطأ لا تسليم

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	<a href="http://www.cnss.ma">www.cnss.ma</a> <a href="http://www.cnss.ma/Portail/">www.cnss.ma/Portail/</a> « Ma CNSS » 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200	تزويذ من المعلومات : يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البريد الإلكتروني للرسائل أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بنا عبر رقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو المساند على الرقم
--	---	--

Last: ANDAMOUSSI  
First: LATIFA  
ID: 3510300000000000  
DOB: 03/03/1980  
Age: 39  
Sex: F

22-Mar-2023 08:35:28  
Vent rate: 69 BPM  
PR int: 202 ms  
QRS dur: 109 ms  
QT/QTc: 402 / 420 ms  
P-R-T axes: 44 -7 48

RYTHME SINUSAL  
ECG NORMAL  
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION  
Revu par \_\_\_\_\_



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 62359 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz

3670

Anxiol 6 mg

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables



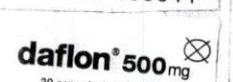
6 118000 081111

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

100,70

× 3

Daflon 500 mg

Traitements de  
Trois (3) Mois

Dr Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

82,60

× 3

Zyptec 10 mg

1758,80

ALER-Z® 10mg  
28 comprimés pelliculés sécables



6 118000 081951

ALER-Z® 10mg  
28 comprimés pelliculés sécables



6 118000 081951

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique Polo  
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique Polo  
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique Polo  
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

**Docteur Saâd SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter



**الدكتور سعد السلمي**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient: *Abdelhakim*

Casablanca, le 22 MAR. 2023

*tab*

7200  
x3

*DétenSiel*

Prise de  
(00) Mois

1 g levo

100,90

x3

1/2

*TAM BOC*

Tambocor® 100 mg  
30 comprimés sécables



6 118000 280675

57,80

x3

*CINOT*

1 g le

126,90

x3

*cilentra 10*

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

CILENTRA®10 mg

Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables

6 118001 300303  
LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

6 118001 300303

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082217



6 118000 082217

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082217



6 118000 082217

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 082217



Description des actes effectués

نوع العمليات	وصف العمليات المجردة			
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
22/3/2023	3416	400	400	Signature et Cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

نوع العمليات	العنوان	العنوان	العنوان	العنوان	العنوان	العنوان	العنوان
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
INPE et code à Barres							
INPE et code à Barres							

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

نوع العمليات	العنوان	العنوان	العنوان	العنوان
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
22/3/23	1758.80	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres		
092017177		
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total