

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAM

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI MED EL MAHFoud 198976

Date de naissance :

Adresse : RESidence Andalousia IN 83 API 8 Rd

ANOUAL CASABLANCA

Tél. 06.614.62.619 Total des frais engagés : 637,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOHRY FATIMA Age : 7ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 15 MAR 2024

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 : CASABLANCA Le : 15/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 12x12 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled D (left) and G (right). The vertical axis is labeled B (down) and H (up). The grid is filled with numbers 1 through 8, arranged in a pattern that repeats every 2x2 block. The numbers are: 1, 2, 1, 2 in the top row; 3, 4, 3, 4 in the second row; 5, 6, 5, 6 in the third row; 7, 8, 7, 8 in the fourth row; 8, 7, 8, 7 in the fifth row; 6, 5, 6, 5 in the sixth row; 4, 3, 4, 3 in the seventh row; and 2, 1, 2, 1 in the eighth row. The numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 are also placed at the intersections of the grid lines.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

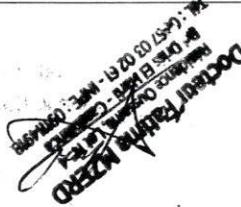
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

العمليات الإحياء، الأشعة والصور

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي

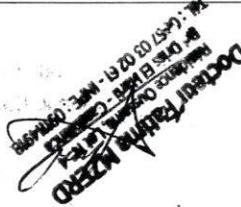
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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
23/11/2014	9	100	11	
INPE et code à Barres				
INPE : 091114918				

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 وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
23/11/2014	9	100	11	
INPE et code à Barres				
INPE : 091114918				

CIM-10

Actes Paramédicaux

العمليات المساعدين الطبيين

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 Para-médical
INPE et code à Barres					
INPE : 092086933					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات 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
23/11/2014	537,90	
INPE et code à Barres		
INPE : 092086933		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

NEALGYL® 80 mg
Phloroglucinol

NEALGYL® 80mg

NEALGYL® 80 mg
Phloroglucinol
20 comprimés
orodispersibles



6 118000 041511

LOT : 23ER
PER : 13 2022
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 23ER002
PER : 01 2025
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

FAZOL

crème Tube de 20 g



6 118000 120346

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

MCC220MA118PE-02

09.01.2020

120x420-120x37:40grCS

Notice :

Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I.,
solution buvable en flacon, boîtes de 3.
Cholécalciférol (Vitamine D 3).

MB

/ S.A.

striel,

J-FAMENNE, Belgique.

Belgique, 6 118001 320103

Remboursable

pique, 6 118001 320103

Notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations
utileusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.
- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. Qu'est-ce que D-Cure forte et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser D-Cure forte ?
3. Comment prendre D-Cure forte ?

OEDES 20mg

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

Docteur Fatima MZERD

الدكتورة فاطمة مزرد

1 Médecine Générale

1 Echographie

Analyse Diagnostique

Enfant, Femme, Homme

PHARMACIE CLASKIA
Dr. M.SIK Lamia
Résidence Andaloussi E 74
N° 4, Cité Plateau - Casablanca
Tél. : 05 22 25 93 20
Fax : 05 22 99 15 54
I.C.E. : 000702500000074
INPE : 092086633 - IF : 40296141



الطب العام

الفحص بالأشعة

تحليلات السكر

أطفال، نساء و رجال

Casablanca, le : 23/11/2024

Zo H Ry Fatima

24.10 x 3
+ Farct co 4/6 n3

AS

36.70 x 3 Temp 82
- كم لجهة 160g AS 3

49.60 x 3 Temp 101
- درع فات

AS

TM 3

Dr

34.40 x 3
- نعطف 80dg 17 n3

AS

52.80 a/c درع 20g

AS

Docteur Fatima MZERD

Résidence Oussama, Lot N° 4

Bd Driss El Habi - Casablanca

Tél : 05 22 25 93 20

Fax : 05 22 99 15 54

I.C.E. : 000702500000074

INPE : 092086633 - IF : 40296141

HARMACIE CLASKIA

MSIK Lamia

Résidence Andaloussi E 74

N° 4, Cité Plateau - Casablanca

Tél : 05 22 25 93 20

Fax : 05 22 99 15 54

I.C.E. : 000702500000074

INPE : 092086633 - IF : 40296141

Docteur Fatima MZERD

Résidence Oussama, 2ème Etage, Appt 3, Lot N° 4 - Bd Driss El Habi - Casablanca

Tél : 05 22 25 93 20

Fax : 05 22 99 15 54

I.C.E. : 000702500000074

INPE : 092086633 - IF : 40296141

إقامة اسامة، الطابق الثاني، شقة 3 تج 4، شارع أميرس العارشي (فوق قاعة) الدار البيضاء - الهاتف 6167 03 02 61
Résidence Oussama, 2ème Etage, Appt 3, Lot N° 4 - Bd Driss El Habi - Casablanca



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مراجع رقم : 610-2-06

	Emis à : Le : N° d'immatriculation	CASABLANCA 23/02/2024 192159815	أصدر ب : بتاريخ : رقم التسجيل	Page 1 /1	الصفحة
Reglements de la période du : 23/02/2024 : من au : 23/02/2024 : إلى	Destinataire ZOHRY FATIMA	أداءات الفترة	المرسل إليه		

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	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
ZOHRY FATIMA											
124165158	23/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	573,90	0,00	1,00	14,00	0,00	0,00	23/02/2024	304,29
124165158	23/01/2024	C		100,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	23/02/2024	56,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						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

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 للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الإلكتروني على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام