

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 0018822

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AZHAR Mohamed

Date de naissance : 23/07/1954

Adresse : 58, 60h AP Adarima Sidi Naouaf

Casablanca

Tél. : 0663084765 Total des frais engagés : 405,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : ELOFIR ZAKIA 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 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 : 08/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



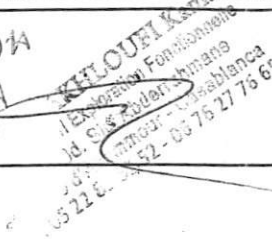
Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.	
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).	
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.	
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنئها بالوصفات المرسلة.	
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.		يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف حدود ستمين (60) يوما من انتهاء العلاج.	
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.	
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.	
L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.		الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنية والتقويم السني الوجهي ضرورية.	
Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.		كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.	
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.	
توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence		خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO	
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier :		تاريخ الإستلام : Date d'arrivée :	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري	
Feuille de Soins Maladie		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
موافقة مسبقة Entente préalable*		تنفيذ Exécution*	
Réf. : 610-1-02 مرجع رقم		Rég. ANAM: 12-01-01	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e) (لها)			
Nom et prénom : <u>EL OFIR ZAKIA</u>			
N° Immatriculation : <u>11813164113</u>			
N° de la carte d'Identité Nationale : <u>1181497483</u>			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوجة <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن			
Adresse : <u>58, rue AR. Achacha, Sidi Mamech</u>			
Montant des frais : <u>45,30</u> Dhs.			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du Médecin traitant نصيح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات			
Nom et prénom : <u>EL OFIR ZAKIA</u>			
Date de naissance : <u>11/11/1978</u>			
N° de la carte d'Identité Nationale : <u>1181497483</u>			
Sexe* : <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر			
Identification du Médecin traitant نصيح الطبيب المعالج			
N° INP : <u>091161642</u>			
Type de soins نوع العلاجات			
Maladie* مرض : <input type="checkbox"/> Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/> للأطفال أقل من 12 ans			
Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Maternité* أمومة : <input type="checkbox"/> Date de grossesse :			
Date prévue d'accouchement :			
Hospitalisation* استشفاء : <input type="checkbox"/> Date d'hospitalisation :			
Accident* حادث : <input type="checkbox"/> Date d'accident :			
Causes :			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصدقة كل ما ذكر أعلاه.			
Fait à : <u>Casablanca</u>			
Le : <u>01/03/2014</u>			
Signature de l'assuré(e) توقيع المؤمن له (لها)			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصر بمصداقية وضاعة المعلومات المذكورة أعلاه.			
Fait à : <u>Casablanca</u>			
Le : <u>01/03/2014</u>			
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية			
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

* الشطب الحالة المناسبة

وصف العمليات المجرة					Description des actes effectués
تاريخ 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 الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
01/03/2021	CS			2000A 1000A	

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicales
تاريخ 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

عمليات الإحياء، الأشعة والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
تاريخ 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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
01/03/21	55,40		

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 210403782405721	Emis à Casablanca le : 06/04/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 193302413 Règlement du mois : 04/2021 Mode de paiement : Virement	EL OFIR ZAKIA LOT EL ADARISSA NO 58 SIDI MAAROUF CASABLANCA 0220	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL OFIR ZAKIA										
086194624	01/03/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
086194624	01/03/2021	KCC	MEDECIN SPECIALISTE	100,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	70,00
086194624	01/03/2021	PH		55,70	22,70	1,00	1,00	22,70	70	15,89
Total remboursé pour ZAKIA										190,89
Total général remboursé										190,89

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق.

والكشفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسيل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

07/3/21

N° EL OUK Zakia

22, 40

①

Baryntene N

1 aff 1 x 1
33,00

orale DV 7x

②

Huile d'Anardé Douce

1 aff 1 x 1
33,00

orale DV 7x

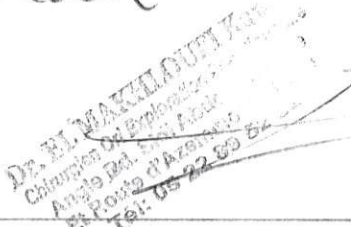
③

Berhous autreau

55,40

LOT:00144

P.P.C : 33.00



Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalori@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان و طريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalori@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - المستعجلات : 06 76 27 76 65

LOT :

PER :

PPV :

Baycu

Baycutène® N 15 g
Crème



ons

: tube de 15 g de crème pour application locale.

Composition

Baycutène® N, crème pour application locale.

100 g de crème contient 1 g de clotrimazole et 0,0443 g d'acétate de dexaméthasone (soit 0,04 g de dexaméthasone).

Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétostéarylique, triglycérides à chaîne moyenne, Hostaphat KW et l'eau purifiée.

Classe Pharmaco-thérapeutique

Association d'un corticostéroïde et d'un antifongique imidazolé à large spectre d'action.

Anti-eczémateux.

Indications

Baycutène® N crème est préconisé dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

Contre-indications

Le traitement par Baycutène® N crème est contre-indiqué en cas de :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
- Hypersensibilité à l'alcool cétostéarylique ou à l'un des autres composants,
- Affections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose),
- Infections cutanées d'origine virale (herpes, rosacée),
- Varicelle
- Réaction à la vaccination antivariolique,
- Dermatite péribuccale,
- Pansement occlusif en cas d'eczéma atopique,
- Durant le premier trimestre de la grossesse.

Pendant le reste de la grossesse ainsi que chez les nourrissons, Baycutène® N ne doit pas être appliqué sur des surfaces cutanées étendues ou pendant une longue durée. Il ne doit pas non plus être appliqué sur le sein allaitant.

Dr. Kaimal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles .

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفي

أمراض وجراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق.

والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسيل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

Casablanca, le :

01/03/2021

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUFI Kamal

Prie M^{me} EL OUFIL ZAKIA

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

ASPIRATION ORGILLE

KOT

S'élevant à la somme de

100

DHS

CENT DIRHAMS

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève
Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles
Tél : 05 22 89 52 52 - 06 76 27 76 65
Signé
Dr. K. EL MAKHLOUFI

Immeuble Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Fax : 05 22 89 52 59 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان و طريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء
البريد الإلكتروني : Kamalorl@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - الفاكس : 05 22 89 52 59 - المستعجلات : 06 76 27 76 65