

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

Cessions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

77369

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL A2 HAB MOHAMED

Date de naissance : 23/07/1954

Adresse : 58 Lou Al Adelissa Sidi Nacif
Casablanca

Tél. : 0663816765

Total des frais engagés : 405,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

EL OFIR 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) :

144

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou du laboratoire).		
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		
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 un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.		
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		
L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.		
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.		
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		
Toujours et toujours l'agent de l'Agence		خاص بـ CNSS Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :		
Date de dépôt du dossier : تاریخ الایداع:		Date d'arrivée : تاریخ الاستلام:

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	
Feuille de Soins Maladie		Feuille de Soins Maladie	
موافقة مسبقة*	تنفيذ*	موافقة مسبقة*	تنفيذ*
<input type="checkbox"/> Entente préalable	<input type="checkbox"/> Exécution	<input type="checkbox"/> Entente préalable	<input type="checkbox"/> Exécution
نº Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : EL OFIR ZAKIA			
Nº Immatriculation : 193104113			
Nº de la carte d'Identité Nationale : 1B 1497683			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*			
<input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/> نزق	
<input type="checkbox"/> Enfant		<input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : AL Adua S.A.BANCA			
Montant des frais : 105,70 Dhs.			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج			
المستفيد من العلاج			
الاسم العائلي والشخصي : EL OFIR ZAKIA			
Tarihe al-izbiad : 14/03/2013			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1B 1497683			
جنس : ♂			
Identification du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج			
الرقم الوطني الإستدلالي للممارس : 1091164648			
نوع العلاجات			
نº INP :			
Type de soins			
Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans		مرض* للأطفال أقل من 12 سنة	
<input type="checkbox"/> Maternité*		أمومة* <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation*		استشفاء* <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Accident*		حادث* <input type="checkbox"/>	
Date de grossesse : Date prévue d'accouchement : Date d'hospitalisation : Date d'accident : Causes :			
أشهد بصدقه كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables. Fait à : Casablanca Le : 15/03/2013 Toujours et toujours l'agent de l'Agence Signature de l'assuré(e)			
أشطب الخانة المناسبة * INP : Identification Nationale du Practicien Cocher la mention utile pour chaque case			

وصف العمليات المجرأة					
نوعي وطابع الطبيب المعالج	المبلغ المفوت	قيمة المعامل	معامل	رمز العمليات	Дата العمليات
Signature et Cachet de Médecin traitant	Montant facturé	Valeur clé	Lettre clé+ Cotation NGAP	Code des actes	Date des actes
Dr. KHALOURI	200 DA	100 DA	(Exploration Fonctionnelle)	CS	07/03/2021

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					
نوعي وطابع المساعد الطبي	المبلغ المفوت	قيمة المعامل	معامل	رمز العمليات	Дата العمليات
Signature et Cachet du Paramedical	Montant facturé	Valeur clé	Lettre clé+ Cotation NGAP	Code des actes	Date des actes

عمليات الاجياء، الأشعة والصور					
نوعي وطابع طبيب الأشعة أو الإيجيسي	المبلغ المفوت	قيمة المعامل	معامل	رمز العمليات	Дата العمليات
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	Montant facturé	Valeur clé	Lettre clé+ Cotation NGAP	Code des actes	Date des actes

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتوصيات الطبية الممومنة		
نوعي وطابع الصيدلي أو مهور التوصيات الطبية	الثمن المفوت	تاريخ التنفيذ
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Prix Facturé	Date d'exécution
Dr. KHALOURI	55,40	07/03/2021

بيان تعويضات التأمين الإجباري المرضي

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



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 تعریف العائلة

EL OFIR ZAKIA
LOT EL ADARISSA NO 58 SIDI MAAROUF
CASABLANCA 0220

N° d'immatriculation : 193302413
Règlement du mois : 04/2021
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة 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، الأنذن، الحنجرة، الوجه، العنق.

والكشفات الوظيفية لأمراض الأنذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأنذن الداخلية والدوخة

07/3/21

N° ord. 07/3/21

221 ₣

① Baume N

100 ml orale ₧ 33.00

LOT:00144
P.P.C : 33.00

② Huile d'ananas Douce

100ml - 1,67 FL.OZ 611124620803F

③ Baume au thé vert

55.40

Dr. K. MAKHLOUFI
Chirurgie de l'oreille, nez et gorge
Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour
Et Poste d'Azemmour
Tél: 06 22 52 52 52

Imm 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 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمراء الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور مدخل «ب» الطريق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

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

LOT :

PER :

PPV :

Baycu

Baycutène® N 15 g
Crème



ns

: 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 déxaméthasone (soit 0,04 g de dexaméthasone).

Excipients : Alcool benzylque, Alcool cétostéarylque, 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 cétostéarylque 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'eczème 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. 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 وجراحة 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

Casablanca, le : 01/01/2021

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUFI Kamal

Prie M^{me} EL AFIN ZAKIA

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et

lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

ASPIRATION ORGUEILLE

KOF

S'élevant à la somme de

100

DHS

CENT DINIAMS

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

عمراء الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملنقي شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : 05 22 89 52 59 - الهاتف : 05 22 89 52 52 - الفاكس : 05 22 89 52 59 - المستجدلات : 06 76 27 76 65