

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1798 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASNA ME M 8 STAFIA

Date de naissance :

01/01/1951

Adresse :

habituelle

Tél. : 06 62 100 80

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

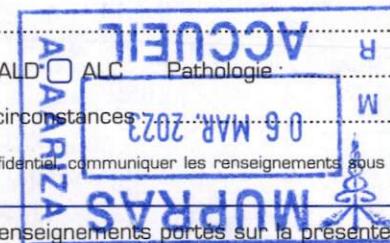
Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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.

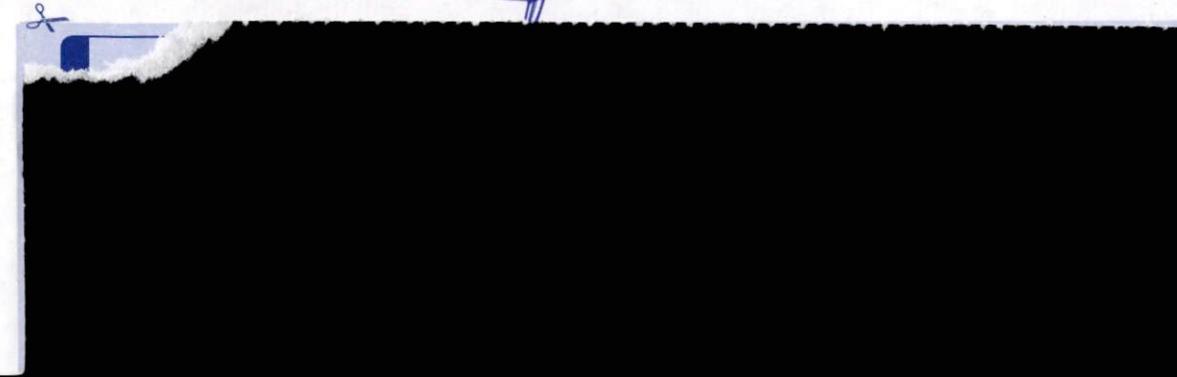


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Maroc

Le : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





**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 :

صفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation	154502333	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du : 09/12/2022	: من	
au : 09/12/2022	: إلى	

**Destinataire**

EL MECHRAFI AZIZA

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 العلف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس 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>EL MECHRAFI AZIZA</b>											
103833843	26/09/2022	CS	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	09/12/2022	115,50
103833843	26/09/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	250,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	09/12/2022	110,65
<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  
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

او تطبيق الهاتف

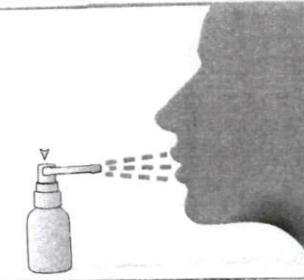
او الاتصال بالجيب الآلي على الرقم  
او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Zytec® 10mg  
15 comprimés pelliculés sécables  
AMM/NP 356/14 DMP/21  
9 118000 020158



# Apixol®

Spray gorge  
Adultes



sorbate de potassium, huile essentielle de menthe poivrée (*Mentha piperita*), huile essentielle de thym (*Thymus vulgaris*), acidifiant : acide citrique, polyvinylpyrrolidone, gomme xanthane, sucralose.

#### CONSEILS D'UTILISATION :

Réservez à l'adulte.

Introduire l'embout pulvérisateur dans la gorge. Administrer 2 à 3 pulvérisations. Répéter l'opération 3 à 4 fois durant la journée si nécessaire.

#### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas utiliser chez les personnes présentant une hypersensibilité ou une allergie aux produits de la ruche ou à tout autre composant du produit



**Consultations :**  
Pneumophtisiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**  
Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscillling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique et interventionnelle**  
Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

26/09/2022

Madame EL MECHRAFI Aziza

632

ZYRTEC : 1 comp le soir x 15 jours



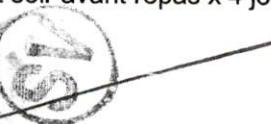
895

APIXOL Spray :  
2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours



OFIKEN 200 : 1 comp matin et soir avant repas x 4 jours

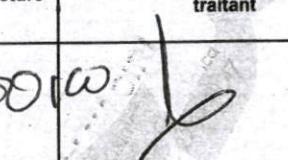
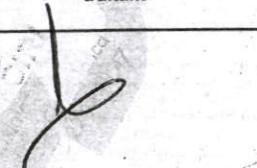
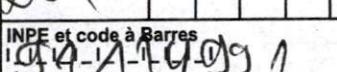
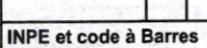
9790



260,60

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
6. Bis Rue Ibnou Babik - Maârif  
CASA Tél: 022 84 92 46 94 93 47

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81  
De 08 heures à 19 heures

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفتوح Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
<del>26/09/2017</del>	<del>100</del>	<del>6</del>	<del>300</del>		
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

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 المفوترة Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
<b>INPE et code à Barres</b>  _  _  _  _  _  _						
<b>INPE et code à Barres</b>  _  _  _  _  _  _						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الاحياء، الاشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طبیع طبیب الاشعة او الاحيائی Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _____					
INPE et code à Barres _____					

**جدول الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمعة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

Description des ordonnances exécutées et du patient traité	Date d'exécution	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
Tunisie	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres INPE 092039189	26.09.22 25060	PHARMACIE LAHJAJMA Najla ZEMMAMA Avenue Jules Ferry - Résidence Taghazout Casablanca - Tél. 65 28 20 28 67
INPE et code à Barres INPE 092039189		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

