

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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 canaux, 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 canaux.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041317

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07311

Société : MBS 3053V

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. EDDAHRY Aick

Date de naissance :

Adresse : Lotissement HAJ FATAH N° 8

Etofe 02 OULFA

Tél. : 06 91 59 62 04

Total des frais engagés : 62430

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. EDDAHRY Aick

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 : 01 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Instructions à suivre

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, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.


سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REG. ANAM : 12.01.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **Mr Eddo Ray Aiche**
 رقم التسجيل : **1557417341**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BE66921**
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
 Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ Enfant ☐
 العنوان : **LOT HAJ KATAH NR 8 Etape 02 oulfa Loug**
 مبلغ المصاريف : **624,35 Dhs**
 عدد الوثائق المرفقة :
 تصريح الطبيب المعالج
 المستفيد من العلاجات
 الاسم العائلي والشخصي : **Eddo Ray Aiche**
 تاريخ الميلاد :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 الجنس :
 الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المستفرد **

INPE et code à barres **	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المستفرد **
Médecin traitant الطبيب المعالج Dr. M. ELIZOUBAN 13, bd Ain Fouad (en face Clinique Badr) 11000, Illou W 8 - Bouropone Casablanca Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات *
 Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : في :	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ب : في :
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- * Cocher la mention utile pour chaque case
- ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

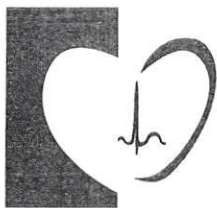
080 203 3333 - الهاتف: 2186 الدار البيضاء - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 05 22 27 20 20
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 05 22 27 20 20

Tel : 06 91 59 62 04

[illegible][illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes				معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحیائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
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



CABINET DE CARDIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS CARDIO - VASCULAIRES

09/01/20 بايع السافي

الدكتور محمد بوزوابة
أمراض القلب والشراب

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE

Echocardiographie Aprè 1962

suivi par H.A et onde

ECG = AS = 63L

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux Artériel

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

ETT = AS = 63L
montrant un
per d'HFA.

Après 80%

CAT = Polodine longue
durée

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 200393484950077

Emis à Casablanca le : 03/03/2020

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

EDDAHRY AICHA
DERB LOUBILA RUE 17 N 46 BOURGOGNE
CASABLANCA 2004

N° d'immatriculation: 155721734

Règlement du mois : 03/2020

Mode de paiement : Virement


Informations :


معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
EDDAHRY AICHA										
060319274	09/01/2020	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
060319274	09/01/2020	PH	PHARMACIE	324,30	275,40	1,00	1,00	275,40	70	192,78
060319893	13/01/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060319893	13/01/2020	PH	PHARMACIE	653,90	659,30	1,00	1,00	659,30	70	457,73
060319893	13/01/2020	B	PHARMACIE	1 522,00	1,10	370,00	1,00	1 507,00	70	1 054,90
Total remboursé pour AICHA										1 985,41
Total général remboursé										1 985,41

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان


6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 54,10 DH
7862160238


6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 54,10 DH
7862160238


6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 54,10 DH
7862160238

Ramipril Win® 5 mg
30 Comprimés
sécables ○

6 118001 183593

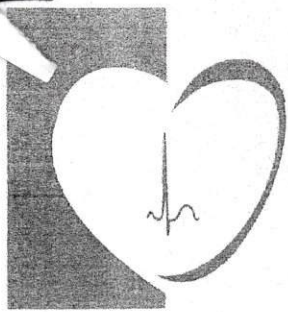
Ramipril Win® 5 mg
30 Comprimés
sécables ○

6 118001 183593

Ramipril Win® 5 mg
30 Comprimés
sécables ○

6 118001 183593

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES



Le 09/01/2020

باسم الله

Mme EDDAHRY AICHA

الدكتور محمد بوزابا
أمراض القلب والشرابيين

3x10.4g

4's

1/ CARDENSIEL 2.5

1 CP / J Matin

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE

3x0.8g

4's

2/ RAMIPRIL WIN 5

1 CP / J Soir

32430

chocardiographie Doppler Couleur

Traitement de 3... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE
13, Bd Aïn Taoujtate (en face Clinique Badr)
Rés. Ilias, N°6 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15 - cardiobouzoubaa@gmail.com

Résultats mesures:

QRS	ms	
QT/QTcB	ms	/
PQ	ms	
P	ms	
RR/PP	ms	/
P/ORS/T	degres	/
QTd/QTcBD	ms	
Sokolow	mV	
NK		

Interpretation:

rapport non confirme.

