

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 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

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'Horlogerie
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 13 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-565296

54870

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHIAO M. A. F. F. A.

Date de naissance : 07/10/57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 61 09 56 13 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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 : Le : 07/10/21

Signature de l'adhérent(e) :



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 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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un 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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier :</p>	<p>Date d'arrivée :</p>

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Réf. : 610-1-03</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
---	--	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

<p>Nom et prénom : <u>S. R. A. I. R. I. A. b. o. l. e. l. e. k. h.</u></p> <p>N° Immatriculation : <u>117644106110</u></p> <p>N° CIN : <u>1111111111111111</u></p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : <u>Lot 12 Di har n° 10 sid el Abcol Temara Harharra</u></p> <p>Montant des frais : <u>Dhs.</u></p> <p>Nombre de pièces jointes : <u>.....</u></p>	<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p> <p>الإسم العائلي والشخصي :</p> <p>رقم التسجيل :</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *</p> <p>العنوان :</p> <p>مبلغ المصاريف :</p> <p>عدد الوثائق المرفقة :</p>
---	---

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

<p>Nom et prénom :</p> <p>Date de naissance : <u>1111111111111111</u></p> <p>N° CIN : <u>1111111111111111</u></p> <p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p>	<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الإسم العائلي والشخصي :</p> <p>تاريخ الإزدياد :</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>الجنس : *</p>
--	--

INPE et code à barres **

<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
---	---

Type de soins

<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>N° dossier ALD : <u>1111111111111111</u></p> <p>Code ALD : <u>1111111111111111</u></p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/></p>	<p>قبول المرض المزمن *</p> <p>رقم ملف المرض المزمن :</p> <p>رمز المرض المزمن :</p>
---	--

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : <u>1111111111111111</u></p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : <u>1111111111111111</u></p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	---

* 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

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء ص. ب.

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



103063004

Date de création	: 12/08/2020 08:36:24	Nom du patient	: M. ABDELILAH SRAIRI
Edité le	:	Âge et sexe	: 69 Ans/masculin
Reg. Non.	: 4229	Nom du médecin	: Dr. ASSIA SAYAH
Numéro perm.	: 1675		

Paramètre	Résultats	Unités	valeurs normales	Antériorités
-----------	-----------	--------	------------------	--------------

BIOCHIMIE

SGOT (AST)(Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase)	23.6	IU/L	15 - 37	21.7(12/03/2020)
---	------	------	---------	------------------

Résumé:

Des élévations significatives de l'AST sont constatées dans des maladies du foie telles que l'hépatite, la nécrose, la jaunisse et la cirrhose. Les niveaux de AST peuvent être élevés avant même l'apparition d'un ictère clinique.

Méthode d'essai

Spectrophotometry

SGPT (ALT)(Serum Glutamic Pyruvic Transaminase)	23.6	UI/L	10 - 45	23.1(12/03/2020)
---	------	------	---------	------------------

Résumé:

Des taux élevés d'alanine aminotransférase sont observés dans les maladies du foie, telles que l'hépatite, la nécrose, la jaunisse et la cirrhose. Les taux d'alanine aminotransférase peuvent être élevés avant même l'apparition d'un ictère clinique.

Méthode d'essai

Spectrophotometry

---Fin du rapport---

Dr. BELEFQUIH Bouchra
Médecin Spécialiste
Analyses Biologie Médicale

Dr. Bouchra Belefquih
M.D.(Path)

Laboratoire d'Analyses Médicales
- Biolife -
Tél: 05 37 62 62 33 / 06 62 03 28 23
INPE : 103 063 004



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Bouchra Belefquih
Morocco

FACTURE
N° de facture LAB-001966

Solde exigible
MAD100.00

Facturer à
M. ABDELILAH SRAIRI

Date de facture : 12 août 2020
Mode de paiement : Cash

#	Article	Quantité	Quantité	Cotation B	Montant DH
1	Transaminases ALAT	1	1.00	50.00	50.00
2	Transaminases ASAT/ SGOT	1	1.00	50.00	50.00
Total DH					MAD100.00
Solde exigible					MAD100.00

Total en lettres: **Cent**

Opération bénéficiant de l'exonération de TVA sans bénéfice du droit à déduction, conformément à l'article 91-VI-1° du CGI

Laboratoire d'Analyses Médicales
- Biolife -
Tél: 05 27 52 62 33 / 06 62 65 78 21
Tél: 05 27 52 62 33



Docteur Jamal Agoumy

Rés. Mamounia - Enrée B App 16
Angle Rue Beyrouth - Rabat
Tél./Fax : 05 37 70 34 72

FACTURE N° 000593

ICE : 001870746000086

I.F : 33414402

Patente : 25 1000 78

INPE : 10100 3275

Date le :

14/11/18

Nom du malade : SRIRI Abdelilah

Honoraires :

- CS + ECG

- Exploration (Echographie Cardiaque)

Holter Tensionnel, Holter ECG)

Montant :

30000

Docteur Jamal AGOUMY
CARDIOLOGUE
Mamounia B App 16 (Ex. CTM)
Angle Hassan II - RABAT
Tél.: 05 37 70 34 72
INP : 10100 3275

DÉTAIL AMO

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif
56658065	952.57	Envoyé à l'assuré	08/12/2020	

X

Mode de paiement

Virement assuré

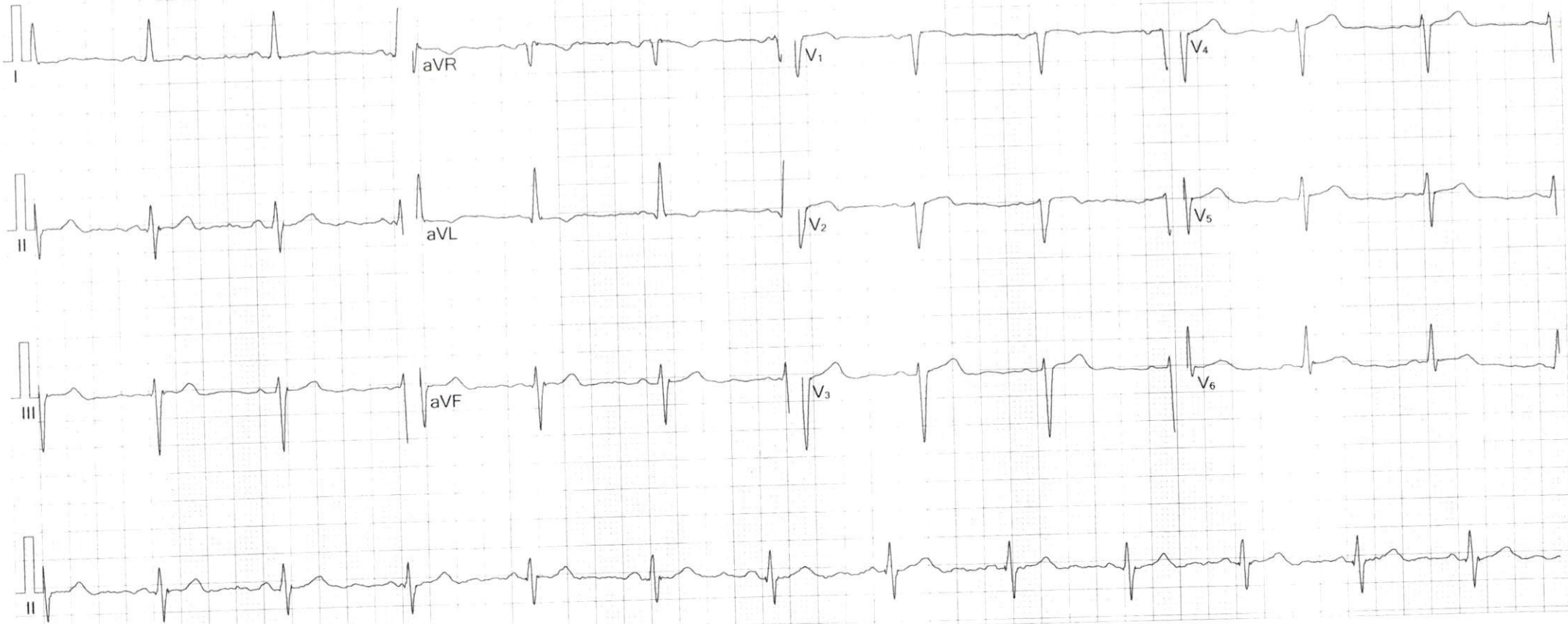
Fermer

ECG

Dr Jamal AGOUMY

NOM: SRAIRI Abdelilah ID : Genre : Age : DOB : 01-01-1960 Date Test: 14-11-2020 10:55
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr Jamal AGOUMY

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval. PQ :	143 ms
Durée ECG :	15 s	Interval. QT :	389 ms
FC :	70 bpm	Interval. QTc :	420 ms
Durée P :	88 ms	Axe P :	46.3°
Durée QRS :	88 ms	Axe QRS :	-29.3°
Durée T :	271 ms	Axe T :	83.5°

Suggestion :

Signature Médecin :

Filtre Principal: On Filtre ADS: On