

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W19-565296

54870

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2509			
Société : R.A.M.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : CHIABANI ARIFA			
Date de naissance : 07/10/1957			
Adresse : HABIBU ALLAH			
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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 07/10/2011

Le : 07/10/2011

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 اتباعها

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 المرسلة بالرقم الشريطي للأدوية المستشارة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا 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 تصريف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيغيب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سيق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري

Réserve à la DAMO

Identification de l'agent : _____

تاريخ الإيداع : ١_١_١_١_١_١_١_١

Date de dépôt du dossier : ١_١_١_١_١_١_١_١

تاريخ الاستلام : ١_١_١_١_١_١_١_١

Date d'arrivée : ١_١_١_١_١_١_١_١

 الصندوق الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	Réf. : 610-1-03 ANAM

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : *S.R.A.T.R.I. Abdeleli Cora*

N° Immatriculation : *1171644106110*

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

خص بالمؤمن له (لها)
 الاسم العائلي والشخصي : _____

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*

ابن Enfant

العنوان :

Adresse : *Lot Iz Di har N° 10 Sidi el Abeel Temara Harhoura*

Dr. Dhs. Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe * :

Mذكر

أنثى

F

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

1_1_1_1_1_1_1_1

1_1_1_1_1_1_1_1

Code ALD :

1_1_1_1_1_1_1_1

1_1_1_1_1_1_1_1

Maladie* مرض *

Hospitalisation*

استشفاء*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

شهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

ب : _____

Le : ٢٤_١١_٢٠١٥

في : _____

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

العنوان : ساحة مختار - الدار البيضاء من. ب . 2186 - الدار البيضاء المسقطة - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333

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

Actes Paramédicaux							العمليات المساعدين الطبيين
Date des actes	تاريخ العمليات	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغورى Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
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



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)
<hr/>				
SGPT (ALT)(Serum Glutamic Pyruvic Transaminase)	23.6	UI/L	10 - 45	23.1(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 ictere clinique.

Méthode d'essai

Spectrophotometry

SGPT (ALT)(Serum Glutamic Pyruvic Transaminase)

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 ictere clinique.

Méthode d'essai

Spectrophotometry

---Fin du rapport---

Dr. BELEFQUIH-Bouchra
Spécialiste
Analyses Biologiques Médicales

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 C



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Bouchra Belefquih
MoroccoFACTURE
N° de facture LAB-001966Solde exigible
MAD100.00Facturer à
M. ABDELILAH SRAIRIDate 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'éxonération de TVA sans bénéfice du droit à déduction, conformément à l'article 91-VI-1° du CGI

bio-life
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Bouchra Belefquih - Morocco - Site web: www.biolife.ma
Tél: 06 31 52 62 33 | 06 32 65 28 23
TVA : 103 053 03 4



Docteur Jamal Agoumy

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

FACTURE N° 000593

ICE : 001870746000086

LF : 33414402

Patente : 25 1000 78

INPE : 10100 3275

Date le : 14/11/16

Nom du malade : S.R.B. Rizi Abdellah

Honoraires :

- CS + ECG

- Exploration (Echographie Cardiaque)

Holter Tensionnel, Holter ECG)

Montant : 300.00

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

DÉTAIL AMO

Précédent Suivant

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

