

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 : 100, Rue Abul Ben Abdellah - 1er étage Angis Rue Mohamed Fakhri - 3e étage Abul Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 15 43 (L.G.) Fax : 05 22 20 16 13 - www.mupras.ma



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-533487

30641

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2719 Société : _____

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : TEMSAMANI Mad Karbi-ya

Date de naissance : 9/03/1952

Adresse : 6, RUE DU ROUSSILLON -
C. DES HOPITAUX

Tél : 06 73 73 47 97 Total des frais engagés : 3766,00 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 : _____

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 : 16/03/2020

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 بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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 التعريف 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.

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

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS La devise de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة 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 Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
N° Dossier :		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p> <p>Nom et prénom : TEMSAMANI Mohamed Larbi الإسم العائلي والشخصي : N° Immatriculation : 19121615261 رقم التسجيل : N° CIN : 111111111111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Adresse : 61 rue du Roussillon - Q. des Hopitaux العنوان : Montant des frais : 3766.000 Dhs. مبلغ المصاريف : Nombre de pièces jointes : 01 عدد الوثائق المرفقة : Déclaration du Médecin traitant Bénéficiaire de soins Nom et prénom : TEMSAMANI Mohamed Larbi المستفيد من العلاجات الإسم العائلي والشخصي : Date de naissance : 19121615261 تاريخ الميلاد : N° CIN : 111111111111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية : Sexe * : M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> INPE et code à barres ** Médecin traitant : Dr Rachid LARAKI الطبيب المعالج : Etablissement de soins : Centre de Santé de Casablanca المؤسسة العلاجية : Type de soins Admission ALD * : Oui قبول المرض المزمن * : N° dossier ALD : 111111111111111111 رقم ملف المرض المزمن : Code ALD : 111111111111111111 رمز المرض المزمن : Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. تشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : 10/01/2020 ب : Le : 10/01/2020 في : Signature de l'assuré(e) Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : 10/01/2020 ب : Le : 10/01/2020 في : Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins 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. دار المؤمن - ساحة دكتور - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333</p>		

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	<p>PHARMACIE NADOR</p> <p>LAMLOUANI Ghali</p> <p>3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole</p> <p>Casablanca. Tél: 0522 28 05 76</p>
20/01/20	2166. ∞ DH	
INPE et code à Barres 1 0 1 1 2 1 0 1 4 1 4 1 1 8 1		
INPE et code à Barres 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 200293067533478	Emis à Casablanca le : 25/02/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 192216516 Règlement du mois : 02/2020 Mode de paiement : Virement	TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI 6 RUE DU ROUSSILLON QU DES HOPITAUX CASA CASABLANCA 2036	
	Informations :		

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
TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI										
070550571	20/01/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	500,00	150,00	1,00	1,00	150,00	90	135,00
070550571	20/01/2020	K	MEDECIN SPECIALISTE	650,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70	140,00
070550571	20/01/2020	K	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	100,00	1,00	1,00	100,00	90	90,00
070550571	20/01/2020	PH	PHARMACIE	2 166,00	1 111,20	1,00	1,00	1 111,20	90	1 000,08
070550588	06/02/2020	CS	PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	90	135,00
070550588	06/02/2020	KE	PHARMACIE	500,00	200,00	1,00	1,00	200,00	90	180,00
070550588	06/02/2020	K	PHARMACIE	500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	90	202,50
070550588	06/02/2020	PHN	PHARMACIE	170,50	170,50	1,00	1,00	170,50	00	0,00
070550588	06/02/2020	PH	PHARMACIE	58,40	58,40	1,00	1,00	58,40	90	52,56
Total remboursé pour LARBI										1 935,14
Total général remboursé										1 935,14

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire BIOLOGIE EFFECTUE CHEZ LE MEDECIN NN REMB

DOCTEUR RACHID LARAKI

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

MÉDECINE INTERNE

Note d'honoraires

M. Temsamani Mohammed Larbi

Casablanca, le 20/01/2020

Acte	Montant
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Examen des urines bandelette Cybow 10	50,00 DH
Monitoring Cardiovasculaire + SpO2	650,00 DH
ECG + Rythme	400,00 DH
Total	1600,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 1 600,00 DH
(Mille Six Cents dirhams)

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI
Médecin Interne
400, Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc
Tel : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com
IF: 40701909 - INPE: 091092551- ICE: 001681227000058

DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

le 20/1/12

N. G. Tamer

361.00
x6
2166.00

Exfor 5/180

PHARMACIE NADOR
LAHLOU Abdelati
3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole
Casablanca. Tel: 0522 28 05 76



Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

MONITORAGE CARDIOVASCULAIRE BP5

Spa 887,

	PAS	PAD	Pouls	PAM	PP	VES	DC
an Bras D ^t deb r	126	80	72	78	48	78	79
	127	82	70	78	41	69	488
	118	87	75	79	31	72	355
Moyenne	122	83	72	75	39	69	412
Gali Bras G ^{che} an	128	86	68	100	42	71	416
	122	82	69	78	40	68	419
	123	82	71	98	41	69	415
Moyenne	124	83	69	79	41	69	414

CONCLUSION :

PA normale
 Abs d'HTO

Paramètres cardiaques et gaz normaux

PAS : PA Systolique - PAD : PA Diastolique - PAM : PA Moyenne - PP : Pulsée

VES : Volume d'Ejection Systolique (ml) - DC : Débit Cardiaque (l/min) - HTO : Hypotension orthostatique

Dr. Rachid
 Médecin
 N° 1421
 2011

iHealth PRO

Rapport

Date jan. 20,2020 11:56 a.m



Prénom : Larbi
Nom de famille: TEMSAMANI
Age: 66
Sexe: Male
Médecin actuel: LARAKI

Taille: --
Poids: --
Nombre de cigarettes par jour: 0
ID: F258A5133

■ D'iHealth

TENSION ARTERIELLE

■ Simple ■ Règle des 3 ■ Moyenne(Règle de

Date	Heure	SYS/DIA (mmHg)	Pulse (Beats/Min)	MAP (mmHg)	PP (mmHg)	S/V (mL)	C/O (L/min)
jan. 20,2020	11:52 a.m.	122 /83	72	99	39	66	4.77
jan. 20,2020	11:52 a.m.	118 /87	75	99	31	52	3.95
jan. 20,2020	11:51 a.m.	123 /82	70	98	41	69	4.88
jan. 20,2020	11:50 a.m.	126 /80	72	98	46	78	5.63
jan. 20,2020	11:49 a.m.	124 /83	69	99	41	69	4.81
jan. 20,2020	11:49 a.m.	123 /82	71	98	41	69	4.95
jan. 20,2020	11:48 a.m.	122 /82	69	98	40	68	4.69
jan. 20,2020	11:47 a.m.	128 /86	68	103	42	71	4.86

DOCTEUR RACHID LARAKI
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani -Maarif – 20330 – Casablanca- Maroc
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 – Email :rlaraki.interniste@gmail.com

M. Mlle

Temsamani Med Laraki

Casablanca le

20/01/2020

EXAMEN DES URINES
A LA BANDELETTE

UROBILINOGENE : ✓

GLUCOSE : ✓

BILIRUBINE : ✓

CETONES : ✓

DENSITE : (1.020)

SANG : ✓

PH : 6

PROTEINES : ✓

NITRITE : ✓

LEUCOCYTES : ✓

CONCLUSION :

الدكتور رشيد المراقبي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani, n° 1, 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69

Nom pat. : Tem Samani FC: 75/min

No pat. : Tohammed Intervalles:

Né : *Carbi* RR 805 ms
Age : P 116 ms
Sexe : PQ 166 ms
Taille : cm QRS 102 ms
Poids : kg QT 380 ms
PA : mmHg QTC 427 ms

Med.:
Rem.:
Axes:
P 68°
QRS -4°
T 26°

20/10
Di: 00.00 00.00 00.00 ??

10 mm/mV

Rythme régulier

PR = 160 ms

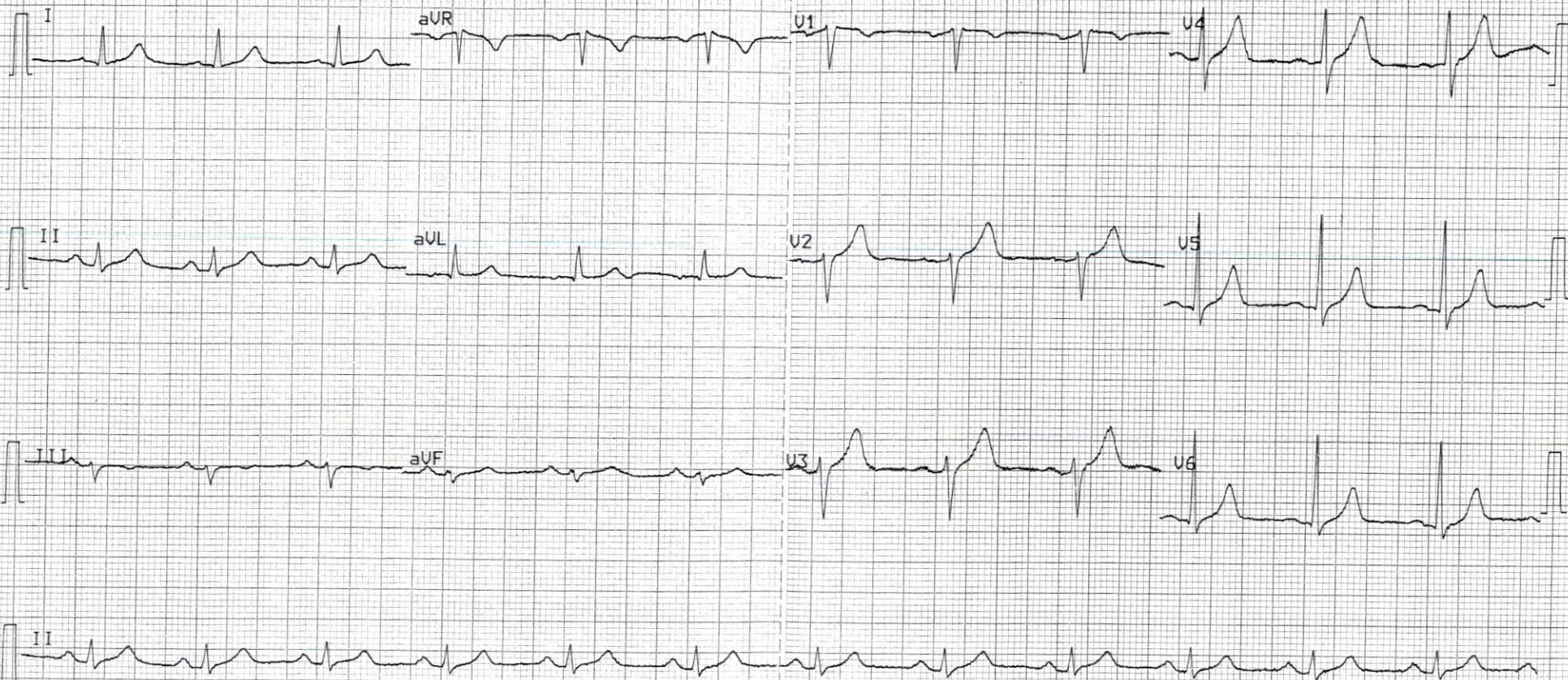
Axe d'axe - 4°

Axe d'axe d'axe de repolarisation

ST N et R

Engagement de l'axe N et R

الدكتور رشيد المصافي
Dr Rachid LABAKI
Médecin Interne
400, Bd Brahim Roué - AL. MA - 2010 G
TEL : 05 22 98 16 65 - 2011 K 22 71



10 mm/mV

25 mm/s

0 05-35 47 550

EDF

QT 400 ms

Nom pat. :

No pat. :

Né :

Age :

Sexe :

Taille :

Poids :

PA :

Med. :

Rem. :

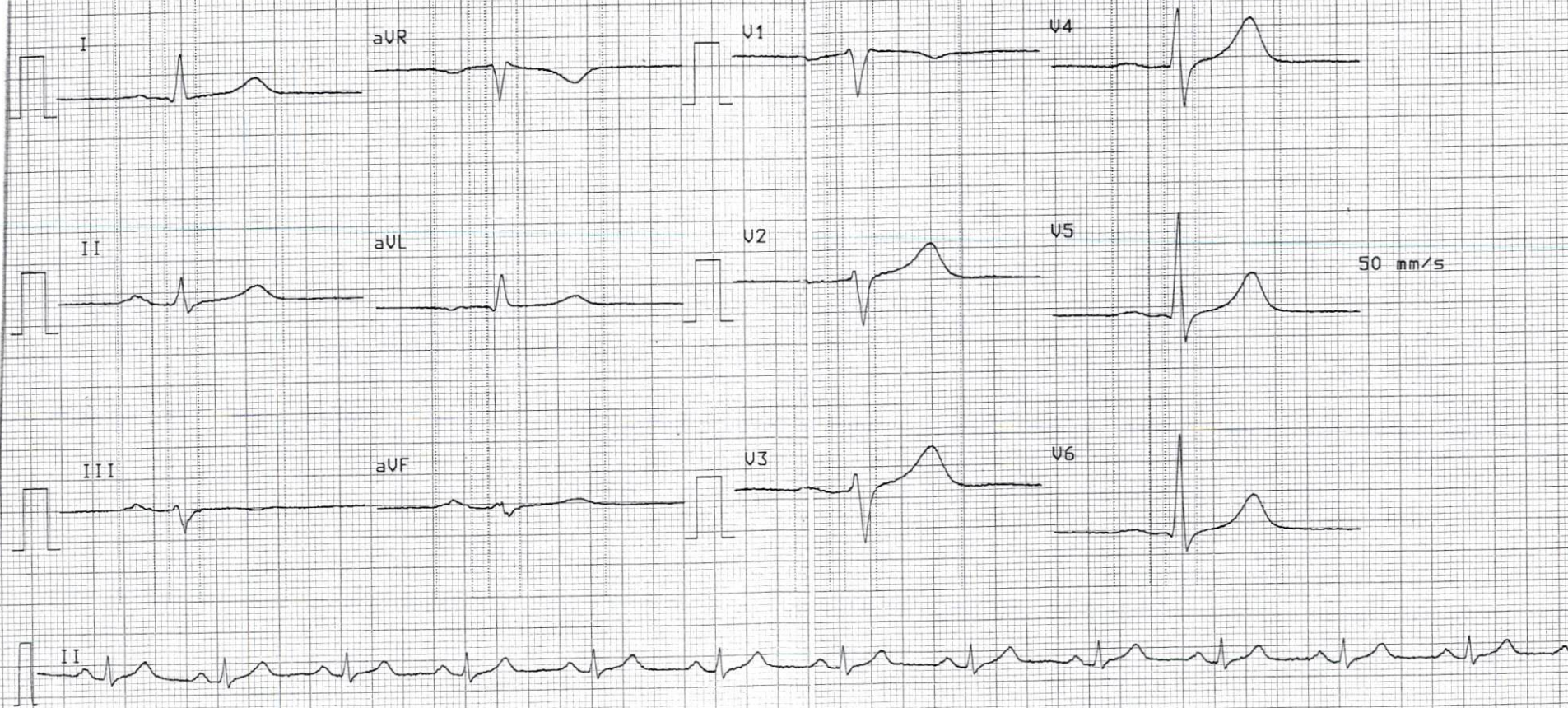
Di ??, ??, ??, ??, ??

		I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
P	(mV)	0.05	0.13	0.11	-0.07	-0.03	0.12	-0.07	0.03	0.06	0.06	0.06	0.05
Q	(mV)	-0.06	-	-	-	-0.06	-	-	-	-	-	-0.04	-0.05
R	(mV)	0.70	0.43	0.08	0.03	0.51	0.10	0.09	0.15	0.28	0.94	1.67	1.60
d	(ms)	26	40	24	22	74	36	28	38	42	36	36	38
S	(mV)	-0.02	-0.13	-0.37	-0.55	-	-0.13	-0.69	-0.72	-0.82	-0.65	-0.43	-0.28
S	(mV)	32	40	72	38	-	52	50	48	50	40	42	40
d	(ms)	-	-	-	0.07	-	-	0.08	-	-	-	-	-
R	(mV)	-	-	-	38	-	-	22	-	-	-	-	-
d	(ms)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	(mV)	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.03	0.06	0.07	0.07	0.04	0.01	-
T	(mV)	0.03	0.04	0.01	-0.03	0.01	0.03	0.13	0.13	0.16	0.12	0.07	0.06
T	(mV)	0.30	0.28	-0.02	-0.28	0.16	0.13	-0.09	0.59	0.73	0.78	0.68	0.62
T	(mV)	0.03	0.05	-	-0.03	-	0.03	-	0.03	0.08	0.06	0.06	0.07

10 mm/mV

10 mm/mV

50 mm/s



22::5

22::6

II

25 mm/s

10 mm/mV Di ??.

Dr Rachid LARAKI