

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.

Prothèse :

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

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- 0038658

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723 Société : -

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LABHOUR Saoud Vte BADREDDINE

Date de naissance :

Adresse : 44 AL 200's Imbc Apt 7 AL Yessouma

BERKOUST CAS

Tél : Total des frais engagés :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Tel : 0691968546 / 0522 367011

Instructions à suivre

Établir 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 مريض و لكل 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 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 رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لا تحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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 الاجتماعي يهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

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

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S.</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
<p>N° Dossier :</p>	<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>	<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>
<p>Nom et prénom : LAGHDIR Souad</p>	<p>N° Immatriculation : 129121915191216</p>	<p>الاسم العائلي والشخصي : BADREDDINE</p>
<p>N° CIN : 13-121812711161</p>	<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>	<p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *</p>
<p>Adresse : Rénouveau AL Fajr - Imb C N° 7 - AL Jasmoune - Hay AL Ghabis - BERNABUST - KASA</p>	<p>Montant des frais : 875,00 Dhs.</p>	<p>العنوان : _____ مبلغ المصاريف : _____</p>
<p>Nombre de pièces jointes : 2</p>	<p>Déclaration du Médecin traitant</p>	<p>عدد الوثائق المرفقة : _____ تصريح الطبيب المعالج</p>
<p>Bénéficiaire de soins</p>	<p>Nom et prénom : LAGHDIR Souad</p>	<p>المستفيد من العلاجات</p>
<p>Date de naissance : _____</p>	<p>N° CIN : 13-121812711161</p>	<p>الاسم العائلي والشخصي : _____ تاريخ الميلاد : _____</p>
<p>Sexe* : M</p>	<p>INPE et code à barres **</p>	<p>الجنس : * أنثى الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشترك **</p>
<p>Médecin traitant</p>	<p>Etablissement de soins</p>	<p>المؤسسة العلاجية</p>
<p>Type de soins</p>	<p>Admission ALD* : Oui</p>	<p>قبول المرض المزمن* : Oui</p>
<p>N° dossier ALD : _____</p>	<p>Code ALD : _____</p>	<p>رقم ملف المرض المزمن : _____ رمز المرض المزمن : _____</p>
<p>Maladie* <input type="checkbox"/> *مرض</p>	<p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> *استشفاء</p>	<p>Je jure sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p>
<p>Fait à : _____</p>	<p>Le : 12/11/2020</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>
<p>Le : 12/11/2020</p>	<p>Signature de l'assuré(e)</p>	<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>
<p>Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	<p>DR ALAMI Nouredine</p>	<p>أصرح بصحافة و صحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>

* Cocher la mention utile pour chaque cas.
** Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) - 2109 - قبل البناء المغطى - الهاتف : 080 200 7200 / 080 201 3333
Sous-traitant : (Cachet et Signature de l'Agence) - 2109 - قبل البناء المغطى - الهاتف : 080 200 7200 / 080 201 3333

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

C105-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع و مطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>04/07/2020</p>	<p>575,90</p>	<p>PHARMACIE FORJERENOUSSE 612, Boulevard d'Alger Algérie 16000 Tél. : 021 72 75 39 6</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE PHARMACIE</p> <p>092016237</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>1_1_1_1_1_1_1_1_1</p>		

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي C N S S	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 200998034061444	Emis à Casablanca le : 01/09/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 192195926 Règlement du mois : 09/2020 Mode de paiement : Virement	LAGHDIR SOUAD LOT EL FAJER IMM C AL YASSAMINE APPT 07 S B CASABLANCA 9999	
	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
LAGHDIR SOUAD										
081101556	04/07/2020	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	77	192,50
081101556	04/07/2020	PH	PHARMACIE	379,40	379,40	1,00	1,00	379,40	77	292,14
081101556	04/07/2020	PHN	PHARMACIE	196,50	87,30	1,00	1,00	87,30	00	0,00
Total remboursé pour SOUAD										484,64
Total général remboursé										484,64

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. Noureddine ALAMI

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier

Diplômé d'Echodoppler cardiaque de Montpellier

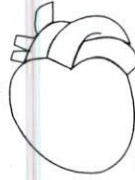
Ancien attaché des hôpitaux de France

Ancien cardiologue de l'hôpital militaire de Laâyoune

Bd. de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toubart III

Appt. 1 Casablanca - Tél. : (05) 22.66.16.16



الدكتور نور الدين العلمي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بمونبيلي

مجاز من جامعة مونبيلي بالتشخيص الآلي لأمراض القلب و الشرايين

طبيب ملحق بمصلحة القلب بمستشفيات فرنسا سابقا

رئيس قسم أمراض القلب بالمستشفى العسكري بالعيون سابقا

شارع الحزام الكبير - الحي المحمدي

إقامة الموحدين ابن تومرت III شقة I

الدار البيضاء الهاتف: (05) 22.66.16.16

CASABLANCA, LE 04.07.2020

Mr

LAGHDIR. Souad

6 x 58, 10

1/ Cardemol 5

87, 30

1 cp x 2

x 3 mo

2/ Dermofix. creme 2%, (1 tube)

140, 00

3/ Oedex 20 gel x 3 mo

T = 575, 00

Dr ALAMI Noureddine

CARDIOLOGUE

Bd de la Grande Ceinture H.M

Rés Al Mouahidine Ibn Toubart 3

App 1 - Casa - Tél: 05 22 66 16 16

INP: 091005744

INPE et code à Barres	
Date des actes تاريخ العلاج	Code des actes رمز العلاج
Lettre clé+ مفتاح الشيفرة NGAP/NAR	

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

OEDES 20mg
 56 gélules
 6 118000 082026

Dermofix® crème
 Sertaconazole
 PROMOPHARM s.a.
 6 118000 240259

LAGHDIR 50 ANS DE REPOS

(3,20)

JUL 04 2020 10:56
FILTRE: AC, DERIVAT, MUSCLE2
ECG D'EFFORT: NON

AGE/SEXE = 31 F
TAILLE/PDS = 175 cm/kg
P.A. = 125/80 mmHg
F.C. = 77/min (0.774s)
PR = 0.156s
QRS = 0.078s
AXE = 60deg
QT/QTc = 0.360s/0.406
RV5 = 0.64mV
SV1 = 1.15mV
TRAITEMENT =

***** ECG ANORMALE ***** MOYENNE

Non Confirmé. Le médecin doit revoir.
CONTROLE PAR

10mm/mV 25mm/s

