

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723

Société : _____

Actif

Pensionné(e)

Autre : _____

Nom & Prénom : LABUDIR Saad ive. BADREDDINE

Date de naissance : _____

Adresse : Al Sajid. Int. C. Apt 7. Al Youssef
REDAVSI CP 101

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) : 



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.

Signature et Cachet de l'Agence	Signature et Cachet de l'Agence
Identification de l'agent : _____	Identification de l'agent : _____
Date de dépôt du dossier : _____	Date de dépôt du dossier : _____
Date d'arrivée : _____	Date d'arrivée : _____

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et Cachet de l'Agence

Identification de l'agent :

وصف العمليات المجرأة				
Description des actes effectués		تعقيم وطابع الضيوف المالي		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الضيوف المالي Signature et Cachet du Médecin traitant
04/07/2020	et lée 306N			Dr ALAMI Noureddine CARDIOLOGUE Bd de la Grande Ceinture H.14 Résid Moussouwa Ibn Tounart 3 App 1 - Casa - Tél: 05 22 66 16 16 INP: 091020544
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين					
Actes Paramédicaux					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور				
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموزنة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع الطبيب أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
04/07/2020	575,90	PHARMACIE BONJEL DENOUSHI 612, Bd de l'Amirauté Sidi Bennour Casablanca Tél: 09 22 75 79 84
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

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
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 تعریف العائلة

LAGHDIR SOUAD

LOT EL FAJER IMM C AL YASSAMINE APPT 07 S B
CASABLANCA 9999

N° d'immatriculation : 192195926

Règlement du mois : 09/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض 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

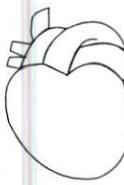
Ancien attaché des hôpitaux de France

Ancien cardiologue de l'hôpital militaire de Laâyoune

Bd. de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toumart III

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



الدكتور نور الدين العلمي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بمونبليي

جاز من جامعة مونبليي بالتشخيص الآلي لأمراض القلب والشرايين

طبيب ملحق بمصلحة القلب بمستشفى فرنسا سابقا

رئيس قسم أمراض القلب بالمستشفى العسكري بالعيون سابقا

شارع الحزام الكبير - الحي المحمدى

إقامة الموحدين ابن تومرت III شقة 1

الدار البيضاء الهاتف: 05 22.66.16.16

CASABLANCA, LE

01/07/2020

mr

6 x 58,10

1/ Cardurox 5

89,90 1 CP x 20 x 3 mls

2/ Dermofix cream 21, (1 tube)

140,00

3/ Oedes 20 gel 140,50 x 3 mls

575,90

Dr ALAMI Noureddine
CARDIOLOGUE
Bd de la Grande Ceinture H.M
Rés Al Mouahidine Ibn Toumart 3
Appt 1 - Casab - Tel: 05 22 66 16 16
INP: 091005744



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



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



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables
PPV: 58,10 D



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



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



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



LAGH DER SO 50 SECS DE REPOS

ID =
AGE/SEXE = 31 F
TAILLE/PDS = cm kg
P.A. = 125/80 mmHg
F.C. = 77 bpm (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

(3.20)

***** MOYENNE

Non Confirmé. Le médecin doit revoir.
CONTROLE PAR

10mm/mV 25mm/s

