

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.

Educational :

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

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 072049

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : habitude

Tél. : 0662 102580 Total des frais engagés : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 03/01/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

0662/00580

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 الإهم 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة 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>الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir 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>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e).</p>		
<p>الاسم العائلي والشخصي : EL MECHRAFI AZIZA</p> <p>رقم التسجيل : 154502333</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : A1-214331-1-1</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : 123 Rue Hassan EL WAST, Résidence SOUKAT B, Apt 3 BORDJ BOULEVARD CASABLANCA</p> <p>مبلغ المصاريف : د. 000.000.000</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 000</p>		
<p>Declaración du Médecin traitant</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : EL MECHRAFI AZIZA</p> <p>تاريخ الإزدياد : 11/11/2021</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 154502333</p> <p>الجنس : م</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **</p> <p>INPE et code à barres **</p> <p>مédecin traitant : Dr. EL MECHRAFI AZIZA</p> <p>المؤسسة العلاجية : Centre de Santé EL MECHRAFI AZIZA</p>		
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : Non</p> <p>N° dossier ALD : 154502333</p> <p>Code ALD : 154502333</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/></p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشهد بمصداقية كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Le : 23/11/2021</p> <p>توقيع المؤمن له : El Mechrafi Aziza</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : Dr. EL MECHRAFI AZIZA</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : 11/11/2021</p>	<p>Date d'arrivée : 11/11/2021</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 - الفاكس - البريد الإلكتروني - 2186 - الدار البيضاء - B.P. 2186 - الدار البيضاء - B.P. 2186 - الدار البيضاء - B.P. 2186
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Consultations :

Pneumophtisiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique

Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilling
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue

23/11/2021

Madame EL MECHRAFI Aziza

COMPTE RENDU

Radiographie thoracique face

Indication : toux spasmodique

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Transparence pulmonaire normale

Conclusion : pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
6. Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
-ASA TEL 05 22 94 93 47 - 05 22 94 91 23

الدكتور محمد البراهيمي
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. (الناصري)
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthysiologue

23/11/2021

Madame EL MECHRAFI Aziza

51,40

AERIUS 5 mg - boîte de 15 comp : 1 comp le soir x 15 jours

89,50

FITOPOLIS Spray :

2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours

50,10

NASONEX 40 doses : 2 pulvérisations par narine soir x 10 jours

ZYLAX 400 boîte de 5 : 1 comp midi avant repas x 5 jours

139,50

330,80

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
5, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASA Tél 022949243 949347

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81

دكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



CMR

دكتور محمد العبراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

23/11/2024

M

El NEENAHAB - Agif

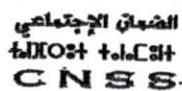
Honoraires verses

Le	Consultation	300	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face	200	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil		DH
Le	Pléthysmographie / DLCO		DH
Le	Spirometrie - Oscilling		DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie		DH
Le	Polygraphie sous VNI		DH
Le	Gaz du Sang Artériel		DH
Le	Mise en Place de VNI		DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire		DH
Le	Tests Cutanes		DH
Le	Fibroscopie Bronchique / LBA		DH
Le	Aerosol + Injection		DH
Le	Ponction "Pleurale - Biopsie"		DH
Le	Ponction "Pleurale - Simple"		DH
Le	Echographie de repérage		DH
Le	Test de marche de 06 minutes		DH

TOTAL :

500

DH



Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Numéro d'Immatriculation :

Nom et Prénom

Bénéficiaire

Tél/GSM

154 502 333
EL MECHRAF AZZA
MO. MO.
0662 1205X0

Partie réservée au code à barre des médicaments

<p>AERIUS® 5 mg 15 comprimés pelliculés ☒</p> <p>6 118000 050117</p>	<p>FITOPOLIS® SPRAY GORGE</p> <p>8 435100 801172</p>	<p>ZYLAX® 400 mg ○ 5 comprimés pelliculés</p> <p>6 118000 072096</p>
	<p>Lot n°: A consommer de préférence avant le: PPC : 89,50</p>	<p>NASONEX® 50 µg/dose Suspension pour pulvérisation nasale Flacon de 40 doses P.P.V. : 50.10DH</p> <p>Distribué par MSD Maroc</p> <p>6 118001 150205</p>
	<p>FORME ET PRESENTATION</p> <p>FITOPOLIS® Spray</p> <p>COMPOSITION</p> <p>Extrait fluide d'huile essentielle</p>	<p>25 مل.</p>
	<p>صمغ النحل و على ام عل تهدئة و ترطيب صمغ صمغ صمغ جرة، بختين (2) إلى ثلاث</p>	
	<p>وي حساسية استخلام تقريباً كل يوم عيش صحي.</p>	

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF: 610 2 06 :
	Référence structurée : 211211126847089	Emis à Casablanca le : 28/12/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016		
	N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 12/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
089201352	23/11/2021	CS	MR NACIRI ARADI	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
089201352	23/11/2021	Z	MR NACIRI ARADI	200,00	160,00	1,00	1,00	160,00	77	123,20
089201352	23/11/2021	PHN	PHARMACIE LAHJAJMA	44,80	44,80	1,00	1,00	44,80	00	0,00
089201352	23/11/2021	PH	PHARMACIE LAHJAJMA	286,00	195,70	1,00	1,00	195,70	77	150,69
Total remboursé pour AZIZA										389,39
Total général remboursé										389,39

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان