

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.

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.

Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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

88753 Déclaration de Maladie

N° M21- 074689

COMPLEMENT

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7021 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MAROURI Nivald

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51, Rue HASSANE HY EL HAFNA - CASA

Tél. : 06.62.243.603 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : kouiri khadija Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

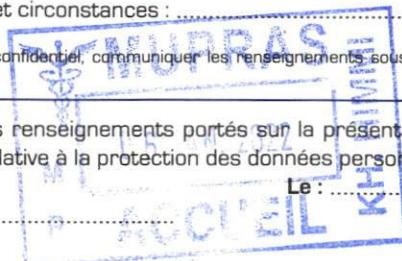
Nature de la maladie :

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) :


VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 74689

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Complément

copie documents suivants :

- 1) Décompte CNSS du 30/12/21 = 717,02
- 2) Feuille de soins CNSS
- 3) Ordonnance DR K.ZAHOUANI 188,20
- 4) Ordonnance Analyses
- 5) copie analyses.

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 : 211211272497441

Emis à Casablanca le : 30/12/2021

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

KOUIRI KHADIJA
51 RUE HASSAN HAY EL HANA
CASABLANCA 2021

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
KOUIRI KHADIJA										
076854951	16/12/2021	CS	MME CHERKAOUI KHADIJA	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
076854951	16/12/2021	B	LABORATOIRE D ANALYSES MED	856,00	1,10	620,00	1,00	682,00	77	525,14
076854951	16/12/2021	PH	PHARMACIE SOPHIA	188,20	99,20	1,00	1,00	99,20	77	76,38
Total remboursé pour KHADIJA										717,02
Total général remboursé										717,02

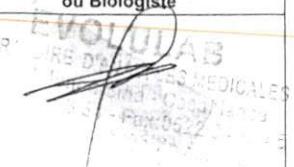
ما عدا خطأ أو نسيان

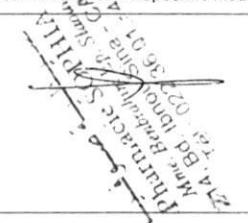
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب Signature et Cachet du Médecin traitant
١٦/١٨/٢١			٢٤٥٠٨٩	
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-19

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
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 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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور
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 الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
١٩/١٨/٢١		٨٦٢٠ + ٨٥	٨٦٦٠٩٤	
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
١٦/١٨/٢١	١٨٨٠	
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

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'agent	Signature et cachet de l'Agence	Signature et cachet de l'Assureur
Identification de l'agent :	Réserve à la DAMO	
Date de dépôt du dossier :		
Date d'arrivée :		

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبتت عليه غش أو تصرير كاذب للإسناده من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل مasic مذكرة.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
الضمان الاجتماعي CNSS	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *
		Réf. : 610-1-03

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom : KOVIRI Khadija

رقم التسجيل :
N° Immatriculation : 165014319

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° CIN : B348175

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)

Joint زوج Enfant اخ اخوات اب ابوات ابنة ابنتا

العنوان :
Adresse : 51, Rue HASSANE Hay el HANA - Casablanca

مبلغ المصارييف :
Montant des frais : 129420 Dhs.

نوع العلاجات :
Nombre de pièces jointes : 0

تصريح الطبيب المعالج :
Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات :
Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom : JC OMRI KHAIDIJA

تاريخ الإزدياد :
Date de naissance : 1981-01-01

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° CIN : B3148175

الجنس : *
Sexe : M ذكر أنثى F

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المعاشر **
INPE et code à barres **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

نوع العلاجات :
Type de soins

قبول المرض المزمن :
Admission ALD : Oui Non

رقم ملف المرض المزمن :
N° dossier ALD : 165014319

رمز المرض المزمن :
Code ALD : 410faq Bd Oum Rabia 7834

استفادة *
Hospitalisation

لصريح بمصادقة ورقة
المعلومات المذكورة أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

لقد بصفتي مسأله أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 16/12/2021

في : 16/12/2021

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* لطبع فاتحة العائلة

** 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.

دار المؤمن - مادة داكار - الدار البيضاء من ب. 2186 - الدار البيضاء - المغربية - الهاتف: 060 200 7200 / 060 203 3333

مaison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone: 060 200 7200 / 060 203 3333

Date du prélèvement : 17-12-2021 à 08:52

Code patient : 1703152005

Né(e) le : 13-10-1954 (67 ans)



Mme Khadija KOURI

Dossier N° : 2112172005

Prescripteur : Dr ZAHOUANI KHADIJA
CHERKAOUI

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Aspect du sérum à 4° : Limpide

11-09-2021

- Cholestérol total

(Méthode: CHOD-PAP)

2.64 g/l

6.83 mmol/L

(<2.20)

2.65

(<5.69)

- HDL-Cholestérol

(Méthode: Immunoinhibition)

0.58 g/L

1.50 mmol/L

(>0.35)

0.60

(>0.91)

- LDL-Cholestérol

1.88 g/L

4.86 mmol/L

(<1.50)

1.91

(<3.88)

Concentrations "Cibles" de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

Patient à haut risque cardiovasculaire*	3 facteurs de risque	2 facteurs de risque	1 seul facteur de risque	Aucun facteur de risque
< 1.0 g/l	< 1.3 g/l	< 1.6 g/l	< 1.9 g/l	< 2.2 g/l

* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.

11-09-2021

- Triglycérides

(Méthode: GPO-PAP)

0.92 g/l

1.04 mmol/L

(<2.00)

0.71

(<2.26)

Acceptable : < 2.0 g/l

Limite haute : 2.0-4.0 g/l

Elevée : > 4.0 g/l

BILAN ENDOCRINIEN

15-09-2021

- T3L - Triiodothyronine Libre
(Dosage CMIA)

5.30 pmol/l
3 pg/ml

(3.10-6.80)

4.28

(2-4)

- T4L - Thyroxine libre
(Technique ELFA)

15.37 pmol/l
12 ng/l

(11.60-25.00)

14.83

(9-19)

Validé par Dr Y.ZEMRANI

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2112172005 - Mme Khadija KOURI
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Boulevard Ibnou Sina - Casablanca
Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45