

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 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

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 : 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

M22- N° 002993

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2111 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NERMOUHE Ouassil Ep. ALRAS
Date de naissance :
Adresse : Hs Sa même
Tél. 0664416030 Total des frais engagés : 2463,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ARRAS Noureddine Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASAB

Le : 25/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 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. لائحة 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

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

 ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	رقم الملف : _____
Partie réservée à l'assuré(e)		
خاص بالمؤمن له (لها) : _____		
الاسم والعائلي والشخصي : ARRAS Noureddine		
N° Immatriculation : 117335321121		
N° CIN : 3113181211611		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : _____		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : RES FAT. 12 AHRA # Rue des Roses Angle ONAR EL KHAYAT HAY RAHIA BOUSSIGOUR CASA		
Montant des frais : 2463,00 \$ Dhs.		
Nombre de pièces jointes : 16		
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		
Nom et prénom : _____		
Date de naissance : _____ تاريخ الميلاد :		
N° CIN : _____		
Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F		
INPE et code à barres ** : 01209147		
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins : _____		
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non		
N° dossier ALD : _____		
Code ALD : _____		
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
Fait à : _____ ب : _____		
Le : _____ في : _____		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e) : _____		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه		
Fait à : _____ ب : _____		
Le : _____ في : _____		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية 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.

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموفرة		
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	
28_4_22	211300	
 092042456		
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 الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 220516206468581	Emis à Casablanca le : 	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
	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
ARRAS NOUREDDINE										
103370820	28/04/2022	CSC	MR HADADI	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81	202,50
103370820	28/04/2022	PH	ABDELAZIZ PHARMACIE MERYEM	2 113,00	1 781,00	1,00	1,00	1 781,00	81	1 442,61
Total remboursé pour NOUREDDINE										1 645,11
Total général remboursé										1 645,11

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

28/04/2022

M^r. Amas Noureddine

- 1 - ffs + base hy de fali - st + male
99,00 x 3
- 2 - CD - Na 20g r/f; ser
294,00 x 4
- 3 - Hemopan - Duo 75/100 L
160,00 x 4
- 4 - Cordua 10/100g r/f; mali-
294,00 x 4

2113,00
u de 4 mcs

Pharmacie Hassan
19 bis, Bvd Ibnou Sina
Tél: 0622 36 33 27
ICE: 0026008430000001
INPE: 092042456
Morocco

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130108

801081 100811 9



COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés

COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130108

COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130108

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules



6 118001 380589

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules



6 118001 380589

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules



6 118001 380589

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules



6 118001 380589

Id : [REDACTED]

Nouredine, Arras

Indéfini — (—) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

Nural

28/04/2022 14:13:27

FC: 75 bpm

PR: 180 ms

QRS: 98 ms

QT/QTc: 368/394 ms

QTcB: 411 ms

QTcF: 396 ms

Rvs-q/Sv1 : 1.93/0.90 mV

Sok-Lyon : 2.83 mV

Axe: 54/18/51 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

TA 159/85



Reçu de caisse

N°: 220428125849SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200495410	ARRAS NOUREDDINE	28/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0993	350,00
	Total payé	350,00

Reçu de caisse n° 220428125849SA

Hopital Universitaire Internationale
Cheikh Mohammed VI
Consultation Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 52 032 / 2022 du 28/04/2022

Nom patient : **ARRAS NOUREDDINE**

Entrée 28/04/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 28/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		
	Total	350,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			350,00		350,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie