

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 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

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.

M22- 0024661

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2098 Société : RAM . 199040

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MASRY ABDELKRI DIN

Date de naissance : 27/03/1957

Adresse : 4m 30 Agt n° 6 HAY EL HAWA CASABLANCA

Tél. 0611897313 Total des frais engagés : 1100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ADIMAR NADIA (épouse) 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 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 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 :

Date de dépôt du dossier : _____

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

بج بورقة 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 شهرین من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرین (60 يوماً) 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.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

تعلل بحسب إتباعها

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable * </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution * </div> </div>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM : 610-1-02 مرجع رقم
--	--	---

خاص بالمؤمن له (الها) _____
 الاسم العائلي والشخصي : _____
 رقم التسجيل : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ١٠١٩٦١٤١٤١٢١٩٥١٤١٣٦١٧١
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها) : _____

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : Rue Hopital Espagnol im 5 Etage 6 Apt 24 Tanger

Montant des frais : ١١٠٠,٥٠ Dhs
 مبلغ المصاري : _____
 عدد الوثائق المرفقة : _____

تصريح الطبيب المعالج
 المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : _____
 تاريخ الإزدياد : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____
 الجنس : ♂ أنثى

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري : _____
 INPE et code à barres : ١٦١٩٦١٤١٣٦١٧١٩٥١٤١٣٦١٧١

Médecin traitant
 الطبيب المعالج

Etablissement de soins
 المؤسسة العلاجية

Type de soins : _____
 نوع العلاجات : _____

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
 Fait à : Tangier
 Le : ٢٠١٩٠١٢٧

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 Fait à : Casablanca
 Le : ٢٠١٩٠١٢٧

توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré

Cardiologue Spécialiste pulmonaire
 G.H.ZIEL Spécialiste respiratoire du Sommeil
 Dr. H. ZIEL Dr. H. ZIEL
 Cardiologue Spécialiste pulmonaire
 G.H.ZIEL Spécialiste respiratoire du Sommeil
 Dr. H. ZIEL Dr. H. ZIEL

نوع وظيفة الطبيب المعالج في المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant et de l'Etablissement de soins

* 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
 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء مصـ. 2186 - الهاتف: 060 203 3333
 CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي HOPITAL + CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم		
	Référence structurée : 220820630431856	Emis à Casablanca le : 29/08/2022	Page : 1		
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 177019414 Règlement du mois : 08/2022 Mode de paiement : Virement	ADIMOU NADIA RUE HOPITAL RSPAGNOL IMB 5 ETG 5 APP 24 TANGER 9000			
	Informations : معلومات :				

مرجع الاشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	ال العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف 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
ADIMOU NADIA										
109179176	04/08/2022	CSC	MME GHZIEL LAMIAH	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	95	237,50
109179176	04/08/2022	KE	MME GHZIEL LAMIAH	800,00	650,00	1,00	1,00	650,00	95	617,50
109179173	05/07/2022	KCC	POLYCLINIQUE SPARTEL	10 000,00	8 000,00	1,00	1,00	8 000,00	95	7 600,00
109179173	05/07/2022	B	BIOLOGIE	900,00	1,10	820,00	1,00	902,00	95	855,00
109179174	02/08/2022	CS	MR ABARROU NAJIB	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
109179174	02/08/2022	B	LABORATOIRE MEDICAL IBERIA	872,00	1,10	770,00	1,00	847,00	95	804,65
109179174	02/08/2022	Z	MR BENSOUDA MOURRI AHMED	3 000,00	1 000,00	1,00	3,00	3 000,00	95	2 850,00
Total remboursé pour NADIA										13 107,15
Total général remboursé										13 107,15

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 5 AU 6/7/22



Tanger le : 4/8/22

Adine Nadir

Ari Candis

Echo cœur

évaluation de la
fonction
rénale

ré-



Dr. Najib ABARROU
Médecin spécialiste
Oncologie Médicale

0524 101099737

URGENCES 24/24: 05 39 93 77 66

Adresse: 11 Rue Sidi Amar, Tanger - MAROC
Tél: 05 39 93 77 66 / 06 62 36 56 10

Dr GHZIEL Lamiae

Cardiologue & Spécialiste
en trouble respiratoire
du sommeil
Echographie Cardiaque
Epreuve D'effort
Holter Tensionnel
Holter Rythmique
Electrocardiogramme
Polysomnographie
Polygraphie



د. أغزيل لمياء

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب
و الشرايين و اضطرابات التنفس
المرتبطة بالنوم
المكثف بالمواد فوق الصوتية
تخطيط القلب عند الجهد
مضخة الدم خلال 24 ساعة
سجع تخطيط القلب
تخطيط القلب
دراسته تخطيط النوم
دراسة لاضطرابات التنفس

Facture N°: 1242

Date : 04/08/2022

Bénéficiaire : Adimou Nadia
ADIMOU NADIA

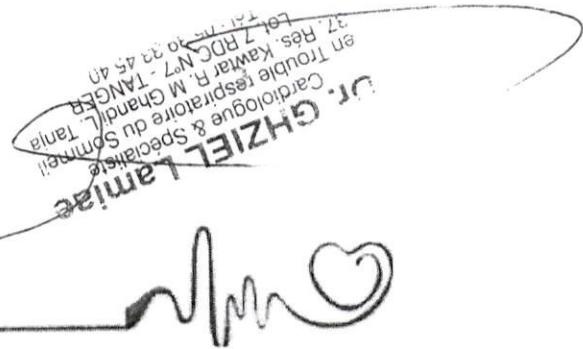
Tél:

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
	Visite du 04/08/2022			
CNS	Consultation	1	200,00	200,00
EDC	Echo doppler Cardiaque	1	800,00	800,00
ECG	ECG	1	100,00	100,00
Total				1 100,00

Arrêté le présent document à la somme de :
mille cent dirham(s)



37 RES KAWTAR R M.GHANDI L.TANJA LT.7 RDC N.7 90000 TANGER

TEL :0539 33 45 40 / 0661 95 56 77 Email :lamiaeghziel-3@hotmail.fr

/Dr.Ghziell.lamiae

Dr GHZIEL Lamiae

**Cardiologue & Spécialiste
en trouble respiratoire
du sommeil**

**Echographie Cardiaque
Epreuve D'effort
Holter Tensionnel
Holter Rythmique
Electrocardiogramme
Polysomnographie
Polygraphie**



د. اغزیل لمپاء

- طبية احتصاصية في أمراض القلب
- و الشرايين و اضطرابات التنفس
- المرتبطة بالنوم
- الكشف بالموجات فوق الصوتية
- تخطيط القلب عند الجهد
- ضغط الدم خلال 24 ساعة
- تسجيل تخطيط القلب
- تخطيط القلب
- دراسة تخطيط النوم
- دراسة تخطيط التنفس

04/08/22

Compte- Denda

Tom Adimou Masie

- Paciente operada de 61 años; agt 10 mm
Rx-va con diabétis sans ADH depuis
10 ans; sans ATCD postopératoires: sauf
l'an dernier lors d'un recent opéra-

Lies Corde 52:

$\sqrt{A} = 130.18 \text{ cmf}$

* * FC 5 G> BL

* $S_pO_2 = 98\%$

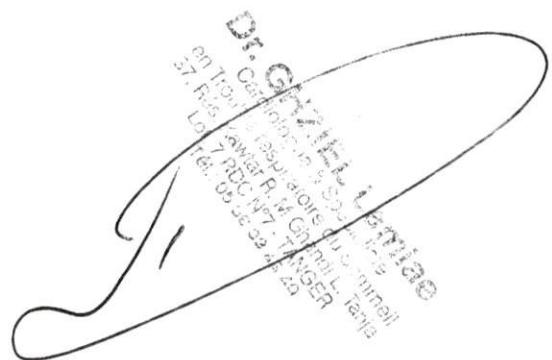


**37 RES KAWTAR R M.GHANDI L.TANJA LT.7 RDC N.7 90000 TANGER
TEL :0539 33 45 40 / 0661 95 56 77 Email :lamiaeghziel-3@hotmail.fr**

* Seal cost : 2 l.

* ECG : R l

* ~~EST~~ = 2 _____ de



Dr GHZIEL Lamiae

**Cardiologue & Spécialiste
en trouble respiratoire
du sommeil**

Echographie Cardiaque
Epreuve D'effort
Holter Tensionnel
Holter Rythmique
Electrocardiogramme
Polysomnographie
Polygraphie



د. أغزييل لعياء

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب
والشرايين واضطرابات التنفس
المرتبطة بالنوم
الكشف بالموجات فوق الصوتية
تخطيط القلب عند الجهد
ضغط الدم خلال 24 ساعة
تسجيل تخطيط القلب
تخطيط القلب
دراسة تخطيط النوم
دراسة لاضطرابات التنفس

Tanger le : 04/08/2022

ADIMOU NADIA

Valves légèrement remaniées.

VG de taille et de fonction systolique conservée FE 81 %, la contractilité est correcte sans augmentation des pressions de remplissage.

Pas de valvulopathie significative.

Cavités droites non dilatées.

Pas d'HTAP.

Péricarde sec.

VCI fine.

Dr. GHZIEL Lamiae
Cardiologue Spécialiste
en Trouble Respiratoire du Sommeil
37 Rés KAWTAR R M.GHANDI LT.TANJA LT.7 RDC N.7 90000 TANGER
Loi 7/1992
Tél: 0539 33 45 40 / 0661 95 56 77



37 RES KAWTAR R M.GHANDI LT.TANJA LT.7 RDC N.7 90000 TANGER
TEL :0539 33 45 40 / 0661 95 56 77 Email :lamiaeghziel-3@hotmail.fr



/Dr.GhzielLamiae

Last:
First:
ID:
DOB:
Age: ans
Sex:

4-Aou-2022 12:57:52

Fréq. Card.: 65 BPM
Int PR: 183 ms
Dur.QRS: 85 ms
QT/QTc: 366/377 ms
Axes P-R-T: 85 29 25

Dr. GHIZIEL Lamiae
Cardiologue & Spécialiste
en Trouble respiratoire du Sommeil
37, Rés. Kawtar R. M. Ghnai L. Tanaie
Lot. 7 RDG N7 - TANGER
Télé: 059 33 45 40

