

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W19-568105

CO

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 2509		RHM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	130673
Nom & Prénom : CHADMI		Date de naissance : 07/01/57	
Adresse : HABIB FAKIR		Tél. : 0661095613	
Total des frais engagés : 600,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age:			
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 : 16/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-568105

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 : 2509
 Nom de l'adhérent(e) : CHADMI
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	وصف العمليات المجرأة Signature et Cachet du Médecin traitant
14/09/2022	er		6	Dr. LYONSI, Mouna NEUROLOGUE 2, Imp. 209, Av. Moulay Ali Cherif Cité Massira - Témara GSM: 06 65 50 44 55 - Fixe: 05 37 67 44 90 INPE: 1012088558
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	العمليات الإحياء، الأشعة و الصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
28/09/2022	Spine	(E.F.R)	600,00	Dr. LYONSI, Mouna Neurologue Spécialiste Maladies Respiratoires Asma - Allergies Bronche - Adultes
10.11.09.882				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
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

Le devoir de vous protéger

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMO PV IJM-PRO AF
 RC Autre :

N° CNSS:

09634338

N° DOSSIER (s) :

Matricule Collaborateur : Date : 10/05/22

هام جدا

للإطلاع على عدد الأئم الم المصرح بها
 و لتنبيه ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
 المرجو الاتصال ب 080 20 100 30 80
 أو زياره بوابة المؤمن له
 عبر الموقع www.cnss.ma
 أو تطبيق الهاتف الذهبي MA CNSS



Available on
App Store Google Play



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات



Témara le: 14 April 2022 تمارا في.

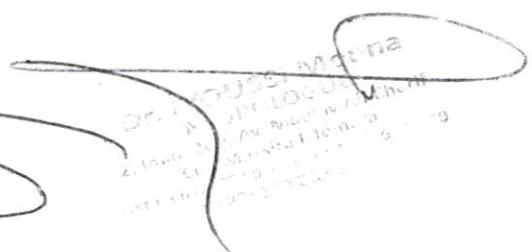
Dr. SRAIRI Abdellah

Faire sur EFR. (Spontanée)

Patient suivi pour SLA (section latéral
amyotrophique).

Qui présente un toux depuis 2010.

~



عbara 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - تمارا

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA
E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

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 : 220516274785782

Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

SRAIRI ABDELILAH

LOT IZDIHAR N[10 SID EL ABED SKHIRAT
TEMARA 1204

N° d'immatriculation : 176440610
Règlement du mois : 05/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مراجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
SRAIRI ABDELILAH										
090343308	07/04/2022	K	MEDECIN SPECIALISTE	600,00	675,00	1,00	1,00	675,00	85	510,00
Total remboursé pour ABDELILAH										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Cabinet de Pneumologie

Dr Latifa ATTAQ

Immeuble 242 - Appartement 3 - Avenue Moulay Idriss 1 - Temar

Tél : 05 37 60 60 52

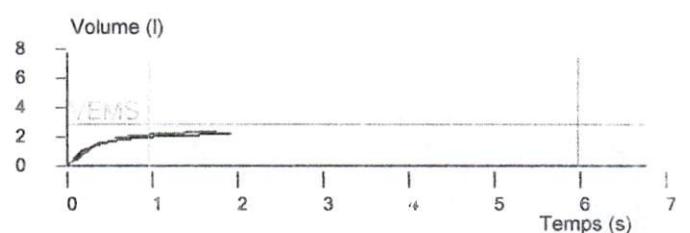
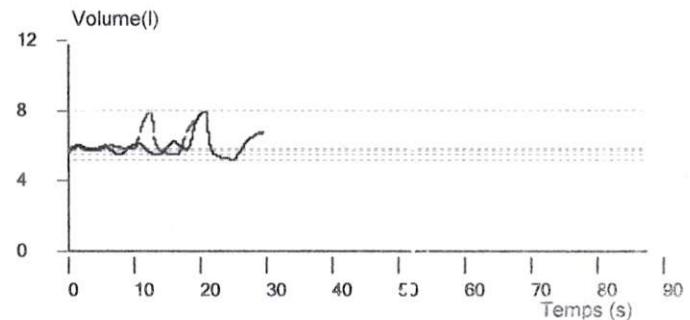
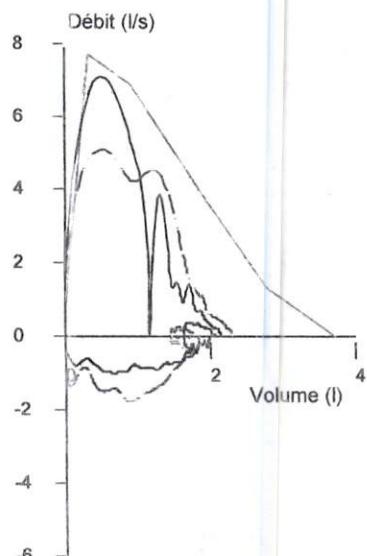
Nom : **Abdelilah Srairi**

Taille: 172 cm Age: 70 Ans Date Naissance: 26/11/1951

D: **AbdSra26111951**

Poids: 81 kg Genre: Masculin BMI: 27,4 kg/m²

Medication: Post: ventoline



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,88	2,76	71	2,50	64	-9	-0,5
CI	l	3,09	2,23	72	2,11	68	-5	-0,2
VC	l		0,32		0,23		-28	
VRE	l	1,00	0,58	57	0,25	25	-57	-0,5

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,88	2,03	70	2,19	76	8	-0,5
CVFex	l	3,75	2,19	58	2,40	64	10	-0,5
VEMS/CVF	%	75	93		91		-2	-0,5
DEP	l/s	7,70	7,13	93	5,10	66	-28	-0,5
DEM25	l/s	1,33	1,11	84	1,63	123	47	-0,5
DEM50	l/s	4,00	4,23	106	4,45	111	5	-0,5
DEM75	l/s	6,89	7,12	103	5,09	74	-29	-0,5
DEM 25-75	l/s	3,03	3,05	101	3,78	125	24	-0,5
tex	s		2,0		1,8		-10	

Commentaire:

Troubles ventilation obstructifs modérés non réversibles

Dr. Latifa ATTAQ
Médecin Spécialiste
Pneumologie - Allergies et Asthmes

Date: 28/04/2022 Température ambiante: 23 °C Technicien:

Temps: 13:28 Pression ambiante: 999 hPa

Humidité ambiante: 50 %

Surveillance de troubles obstructifs et croptolitique

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

DR ATTAQ LATIFA

TEMARA LE 28-Avril 2022

FACTURE

JE Soussignée

certifie avoir réalisé à M

Dr Attia
A bdeliloh

UNE

Ed a ~~Dr Attia Latifa~~ ~~Spécialiste~~ ~~Medecin Respiratoire~~
Maladies Respiratoires
Asthme - Allergies
Enfants et Adultes

facture de 600,00 Dhs

10.11.09.882

Dr. ATTIA LATIFA
Medecin Spécialiste
Malades Respiratoires
Asthme - Allergies
Enfants et Adultes

AVENUE MOULAY DRISS IMM 242 APP 3 MASSIRA 1

TEMARA

TEL 0537606052