

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Preise 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-678745

par courriel

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11830 Société : 135113

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TAOLIZI - AHMED

Date de naissance : 12 09 1952

Adresse : 11 RUE BEN ABITAM - TANAGER

Tél. : 0665131233 Total des frais engagés : 3520,20 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 : TANGER Le : 20 10 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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 يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعاقبة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم 610-1-02 - Réf.</p>	<p>REG. ANAM : 1.2.0.01</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>			

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

<p>الاسم العائلي والشخصي : OURIAGHLI ARIANA</p> <p>رقم التسجيل : 11211355118</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : K1-162541-1-1</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 : 11 RUE IBN HAITHAN - TANGER APPT 24</p> <p>مبلغ المصاريف : 3515,20 Dhs</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 8</p>	<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : OURIAGHLI ARIANA</p> <p>تاريخ الازدياد : 20 10 19 11 13 48</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : K1-162541-1-1</p> <p>الجنس : * أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدالي والرقم المسمى **</p>
--	---

<p>Declaracion du médecin traitant</p> <p>Beneficiaire de soins</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : OURIAGHLI ARIANA</p> <p>Date de naissance : 20 10 19 11 13 48</p> <p>N° CIN : K1-162541-1-1</p> <p>Sexe : * أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p> <p>INPE et code à barres **</p>	<p>Medecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p> <p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
---	---

<p>Type de soins *</p> <p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/></p>	<p>نوع العلاجات *</p> <p>مرض <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/></p>
--	---

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : TANGER</p> <p>Le : 13 05 2022</p> <p>ب : في</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : 13 MAI 2022</p> <p>Le : 13 05 2022</p> <p>ب : في</p> <p>توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>
---	--

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accéder l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de Soins) ainsi que le code à barres

E 1030 ✓
Docteur CHAOUCH saad

Spécialiste en médecine interne

47 av Hassan II im Miramonte

N° 20 TANGER

Tél : 05 39 33 46 75

الدكتور الشاوش سعد

اختصاصي في الطب الباطني

47 شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونت

الطابق الأرضي رقم 20 طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75

INPE : 161132592


20 MAI 2022

Dr. CHAOUCH saad
Spécialiste en médecine interne
Tél : 05 39 33 46 75
46 76 - TANGER

échographie de
Prostate

Dr. CHAOUCH saad
Spécialiste en médecine interne
Tél : 05 39 33 46 75
46 76 - TANGER

Dr. CHAOUCH saad
Spécialiste en médecine interne
Tél : 05 39 33 46 75
46 76 - TANGER

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220616747700226	Emis à Casablanca le : 01/06/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 192135518 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement	OURIAGHLI AMINA 11 RUE IBN HAITAM APPT 24 TANGER 9000	
	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
OURIAGHLI AMINA										
106966437	13/05/2022	CS	MR CHAOUCH SAAD	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
106966437	13/05/2022	B	LABORATOIRE MEDICAL	3 095,20	1,10	280,00	1,00	2 508,00	70	1 755,60
106966437	13/05/2022	B	LABORATOIRE MEDICAL	120,00	1,10	100,00	1,00	110,00	70	77,00
Total remboursé pour AMINA										1 937,60
Total général remboursé										1 937,60

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MEDI - LAB

Docteur Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

60, avenue Ibn Al Khattab - TANGER

Tanger le 21 mai 2022

Mme OURIAGHLI AMINA

AMO

FACTURE N°	137925
------------	--------

Analyses :			
Electrophorèse des protéines sériques -----	B	100	Total : B 100
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	2	
TOTAL DOSSIER			120,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cent Vingt Dirhams

Docteur CHAOUCH saad

Specialiste en Médecine Interne

47, Av. hassan II, Im. Miramonte N° 20

TANGER

Tél.: 05 39 33 46 75

الدكتور الشاوش سعد

إختصاصي في الطب الباطني

47, شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونت

الطابق الأرضي رقم 20 - طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75

INP : 161132592

13/05/2022

OURIAGHLI AMINA

- TP
- electrophorese de protide
- Glycémie à jeun
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides
- Ferritine
- TSH ultrasensible
- 25 OH vitamine D3
- microalbiminurie
- ASAT/ALAT
- Phosphatase alcaline
- NFS-Plaquettes

• Na^+ , K^+ , Calcémie

• NT-pro PNB.

CENTRE DE BIOLOGIE DE TANGER
Dr. Anasse ALASSI
Spécialiste en Biologie Médicale
Tél: 05 39 33 46 75

Dr. CHAOUCH saad
Specialiste en Médecine Interne
47, Av. Hassan II, Im. Miramonte N° 20
Tél: 05 39 33 46 75 - TANGER

Centre De Biologie De Tanger

Dr. Anasse ALASRI

Spécialiste en Biologie Médicale

DIU d'Infertilité et PMA

(Toulouse - France)

- Hématologie - Immunologie
- Biochimie - Allergologie
- Microbiologie - Mycologie
- Biologie de la reproduction



« Biocentre - بيوسنتر »

ouvert

24h / 24h - 7j / 7j

Facture

مركز التحليلات الطبية طنجة

الدكتور أنس العسري

إختصاصي في التحليلات الطبية

دبلوم الإنجاب الطبي

(تولوز - فرنسا)

- علم أمراض الدم و المناعة
- الكيمياء الحيوية - الحساسية
- علم أمراض التعففات و الفطريات
- علم الإخصاب

N° facture : 2022-2354

Edité le : 19/05/2022

Patient : Mme OURIAGHLI Amina

Date prélèvement : 14/05/2022

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	107,20
Taux de Prothrombine	40	53,60
FERRITINE	250	335,00
Glycémie à jeun	30	40,20
Sodium	30	40,20
Potassium	30	40,20
Calcium	30	40,20
ELECTROPHORESE DES PROTEINES	150	201,00
Cholestérol total	30	40,20
Triglycérides	60	80,40
HDL-Cholestérol	50	67,00
LDL-Cholestérol	50	67,00
Aspartate Aminotransférase (ASAT)	50	67,00
Alanine Aminotransférase(ALAT)	50	67,00
Phosphatases Alcalines	50	67,00
NT-proBNP	500	670,00
TSH us	250	335,00
Vitamine D (25 Hydroxycholécalférol) - D2 + D3	450	603,00
Micro-albuminurie de 24h	100	134,00
Total B	2280	3 055,20
APB	2,0	40,00
Déplacement		0,00
Remise		
Total		3 095,20

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille quatre-vingt-quinze dirhams 20 centimes

CENTRE DE BIOLOGIE DE TANGER
Dr. Anasse ALASRI
Spécialiste en Biologie Médicale
Tél: 05 39 32 34 54 / Fax: 05 39 34 16 63 / GSM: 06 61 91 82 31 / E-mail: Biocentretanger@hotmail.com / www.Biocentretanger.com