

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº M21- 073214

141243

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MIRDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. Nel El Fassi Res. Al Quds n° 19

Fés

Tél. : 06 99900310 Total des frais engagés : 677.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RETTOUINA Dz. 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) :

19 DEC 2012

[Large blacked-out area]

Autorisation CNDP N° : AA-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 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 empreinte de l'Agence

نتعليمات يجب اتباعها

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التغطية الوطنية لمرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطلب رهينا بطلب المعاقة 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 طبقاً للمساطر القانونية، حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة * Entente préalable * تنفيذ * Exécution *	TEL: 06 97 73 66 13 مرجع رقم 610-1-02 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333
---	--	---

خاص بالمؤمن له (الها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها)

Conjoint

زوج

ابن

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : REHOLMA Mohamed

N° Immatriculation : 14199351245

N° CIN : B1-376833

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Adresse : Av. Mohamed Al Fassi Résidence Al Qods

العنوان : 4019 - 30000 FES

Montant des frais : درهم 1050.00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 04

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي :

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق **

INP: 141018473

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins* نوع العلاجات

Hospitalisation Maternité Amourne Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessous
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : في : Le : في :

Le : في : توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou 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 ص.ب. 2186 - 060 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
١١/٢/٢٢		٩	٢٥٠٠٤	✓
INPE et code à Barres				INP 141018473
INPE et code à Barres				

CIM-10

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 المفoter Montant facturé	توقيع وطابع 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 الأحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
١٢/١٠/٢١/٢			٢٥٠	٦٠٠,٥٠
INPE et code à Barres				M. LEMHADRI RADIOLOGUE Clinique Al Hawar ١٢٣ ٠٥٣٦٣٦٨١٠٦٦٣٢٥٢٤
INPE et code à Barres				

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 الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres		
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
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06

Page : 1

Référence structurée : 221022914405749

Emis à Casablanca le :

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

REHOUMA MOHAMED
AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL
QODS NR 19 APPT 6
FES 3005

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
REHOUMA MOHAMED										
105767434	11/08/2022	CS	MR BELFATMI ABDERRAHIM CLINIQUE AL KAWTAR	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
105767434	11/08/2022	KE	MR TAZI OUSSAMA	800,00	600,00	1,00	1,00	600,00	85	510,00
105767433	06/10/2022	CS		250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
Total remboursé pour MOHAMED										765,00
Total général remboursé										765,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. BELFATMI Abderrahim

NÉPHROLOGUE

Spécialiste des Maladies Rénales

et des voies urinaires - Hémodialyse

(Rein Artificiel)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat



الدكتور بالفاطمي عبد الرحيم

اختصاصي في أمراض الكلى

والمسالك البولية

تصفية الدم (الكلية الإصطناعية)

خريج كلية الطب بالرباط



141018473

es, le : 11/8/22

M' Rehema Mohamed

Echodoppler des artères
(échoplex)



RC : HTA + Diabète + Insuff. rén.



Dr. BELFATMI Abderrahim
Néphrologue

Centre d'Hémodialyse
155, Lot Riad Annakhil, Route d'Immouzer (POLYCLINIQUE ANNAKHL) - Fès

155, Lot Riad Annakhil, Route d'Immouzer (POLYCLINIQUE ANNAKHL) - Fès

Tél : 05 35 64 21 88 - Fax : 05 35 64 25 05

E-mail : centrehemodialysefes@gmail.com

ICE : 001648110000071



Dr. Mustapha LEMHADRI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de Nancy-France

مركز الفحص بالأشعة مولاي إدريس
CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS

IRM 1.5T . Scanner Multibarettes . Echographie 4D-doppler Couleur
Mammographie Numérisée . Radiographie Numérisée . Panoramique dentaire

FES, le 12/08/2022

Patient: REHOUMA MOHAMED
Medecin traitant : DR BELFATMI

ECHODOPPLER ARTERES RENALES

Cher Confrère ,

Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en m'envoyant Mr. REHOUMA MOHAMED pour un(e) ECHODOPPLER ARTERES RENALES . Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu.

Compte rendu :

1/ECHOGRAPHIE RENALE.

- Les deux reins sont de taille et de situation normales, le rein droit mesure 9,09 x 3,50 cm mm, le rein gauche mesure 10,78 sur 3,4 25 cm. Leurs contours sont réguliers, ils présentent une mauvaise différenciation corticomédullaire.
- Il n' y a pas de lithiase ni de masse rénale.
- Il n' y a pas de kyste rénal.
- Les loges surrénauliennes sont libres.
- Les cavités pyélocalicielles des deux reins ne sont pas dilatées.

2/ECHODOPPLER DES ARTERES RENALES.

- Examen réalisé avec une sonde de 3,5 MHZ – Appareil LOGIC E9 en mode 2D et doppler couleur et pulsé.
- L'aorte abdominale est de morphologie normale, ses parois sont fines et régulières.
- Il n'y a pas de calcification pariétale aortique.
- Les deux artères rénales sont de calibre normal, leur lumière est homogène.
- Les vitesses systoliques enregistrées à leur niveau sont voisines de 28 cm/s. Les vitesses diastoliques sont voisines de 8 cm/s. Index de résistance est estimé à 0,7
- Les différents tracés réalisés montrent un tracé de faible résistance avec composante diastolique positive au niveau des deux artères rénales.

Conclusion :

- Reins de taille normale de mauvaise différenciation corticosinusale.
- Échodoppler des artères rénales sans anomalie.

Confraternellement :

Centre de Radiologie Moulay Idriss



Clinique Al Kawtar: Av. Md El Fassi, Rte Immouzer - FES
Tél.: 05 35 61 18 80 - Fax: 05 35 61 18 81



