

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NEF MOURID Oussama

Date de naissance :

Adresse : 115 le vil 2 me

Tél. 06 69 41 60 30 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MARRAS Noureddine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

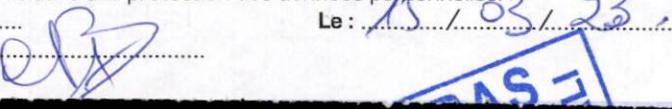
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 0 ASB Le : 15/03/23

Signature de l'adhérent(e) : 



Description des actes effectués					وصف العمليات المختارة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل المصليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع طابع المكتب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
13-1-2013	5 + ECG		250,000 DT	Dr. HACI C. 2013 28. 01. 2013 Dr. HACI C. 2013 28. 01. 2013	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مرجع رقم :

الصفحة

Emis à : CASABLANCA
Le : 08/02/2023

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 173353212
Règlements de la période
du : 31/01/2023 : من
au : 31/01/2023 : إلى

Destinataire

ARRAS NOUREDDINE

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
117650033	19/01/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	1259,20	0,00	1,00	9,00	0,00	0,00	31/01/2023	818,26
117650033	19/01/2023	CSC		250,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81,00	31/01/2023	202,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
1020,76											

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف
او الاتصال بالشجيب الآلي على الرقم
او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

6- Azix 60g N°1 

79,70

3/2020

7259,20



Name: ARRAS
NOUREDDINE

Cli No.:

Sex: Male

Age:

SN:0012461

Section: ECG

Case No.:

Bed No.:

Date: 19/01/2023 09:45:36

bpm	66	66	69	59	66	70	61	67
ms	909	913	868	1016	907	862	978	896

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

00:02 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	405ms
Sample Time:	14s	QTc Interval:	421ms
HR:	65bpm	P Axis:	26.20;ā
P Interval:	127ms	QRS Axis:	13.00;ā
QRS Interval:	110ms	T Axis:	43.60;ā
T Interval:	235ms	RV5/SV1	1.63/1.16mV
PR Interval:	148ms	RV5+SV1	2.79mV

Prompt:

Total Beats 14 ,Normal Beats 14

in gear Sinus mode Target rate;Longitudinal Left axis deviation

Dr. HADADI Abdelfaziz
Cardiologue
282, Avenue Mokhtar B. Ahmed Guennouli
El Jadida, Morocco

Doctor: HADADI