

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.

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
M23-002534

153289

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALRAS Noureddine

Date de naissance : 15/03/23

Adresse : 15 la meun

Tél. 06 62 41 6030 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ALRAS 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 : CASABLANCA Le : 15/03/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 un 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 un 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 و لكل 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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 التعريفة 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 و الأمراض 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 Réserve à la DAMO
Identification de l'agent : _____	
Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع : _____	Date d'arrivée : _____ تاريخ الاستلام : _____

 الضمان الإجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Ref : ANAM : 2/20/1
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
خاص بالمؤمن له (ها) Nom et prénom : ARRAS Noureddine N° Immatriculation : 1173313121121 N° CIN : B1A3181211611 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Adresse : RUE FATIHA ZAHRA EL KHAYAT. Rue des ROSAS MAY RAHIA BOUSSEJOUR 145A Montant des frais : (1509,20) درهم (1509,20) Dhs. Nombre de pièces jointes : 12		
Déclaration du Médecin traitant		
المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ N° CIN : _____ Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F INPE et code à barres ** Médecin traitant : DR. HADADI Abdelaziz Etablissement de soins : _____ المؤسسة العلاجية : _____		
نوع العلاجات Type de soins Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non N° dossier ALD : _____ Code ALD : _____ Maladie * <input type="checkbox"/> مرض <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء		
قبول المرض المزمن * : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> رقم ملف المرض المزمن : _____ رمز المرض المزمن : _____		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بمسحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : _____ ب : _____ Le : _____ في : _____ توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e) Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : _____ ب : _____ Le : _____ في : _____ توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		


* Cocher la mention utile pour chaque cas
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
 080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - 2186 - شارع دكاك - الدار البيضاء - ب. ب.
 Ministère de l'Amor - Place de l'ARAB - Casablanca B.P. 1186 Casablanca Téléphone : 080 200 7200 - 080 203 3333

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision[illegible]

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

000173353286

	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري	
	Relevé périodique des prestations AMO		Direction de l' Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم	
Emis à : CASABLANCA : أصدر ب Le : 08/02/2023 : بتاريخ		Page 1 / 1 الصفحة		
N° d'immatriculation 173353212 رقم التسجيل Règlements de la période : من : 31/01/2023 : إلى : 31/01/2023 : : أداءات الفترة		Destinataire ARRAS NOUREDDINE المرسل إليه		

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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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 rembour- -ement	Taux de rembour- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
117650033	19/01/2023	PH	PHARMACIES D	1259,20	0,00	1.00	9,00	0,00	0,00	31/01/2023	818,26
117650033	19/01/2023	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	250,00	250,00	1.00	1,00	250,00	81,00	31/01/2023	202,50
			Total remboursé	مجموع مبلغ التعويض							1020,76
			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

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكرا - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07 : فاكس: 0522 54 86 73

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Docteur Abdelaziz HADADI

CARDIOLOGUE

**Consultations et Explorations
Cardio- Vasculaires**

- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca.
- Ancien médecin interne du CHU de Nancy, France.
- Diplôme Interuniversitaire d'Echocardiographie de l'Université de Bordeaux Segalen, France.
- Diplôme Universitaire d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Sorbonne, Paris.

الدكتور عبد العزيز الحدادي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بتانيس فرنسا
- دبلوم جامعي في تخطيط صدى القلب من جامعة تونس
- سيقالين بفرنسا
- دبلوم جامعي للموجات فوق الصوتية
- السوربون بباريس



Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca Tel: 05 22 74 61 40

19/01/23

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Pharmacie Meryem
Casablanca
INPE: 082042456
19 bis, Bvd Ibn Sina
Tel: 0522 36 33 27
ICE: 10600943000001
Meryem

20/01/23

1 -

Coveran 10/100

9900

2 -

CPM 200 18/1

SV

16000

3 -

Hemofast - 200 78/100

SV

40560

4 -

D. un fah 1 sup/moi

20/3/23

5 -

Apadex 1/5, 18/1

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca Tel: 05 22 74 61 40

282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui 1er Etage - Al Qods Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 74 61 40 - Urgences : 06 71 96 89 37 - E-mail : hadadi.abdelaziz@gmail.com

6- Azix 500 mg / 100 mg



79,70

3 ans

1259,20

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
782 Avenue Mokhtar & Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Qods, Sidi Bernoussi
Tunis



Name: ARRAS
NOUREDDINE

Cli No.:

Sex: Male

Age:

SN:0012461

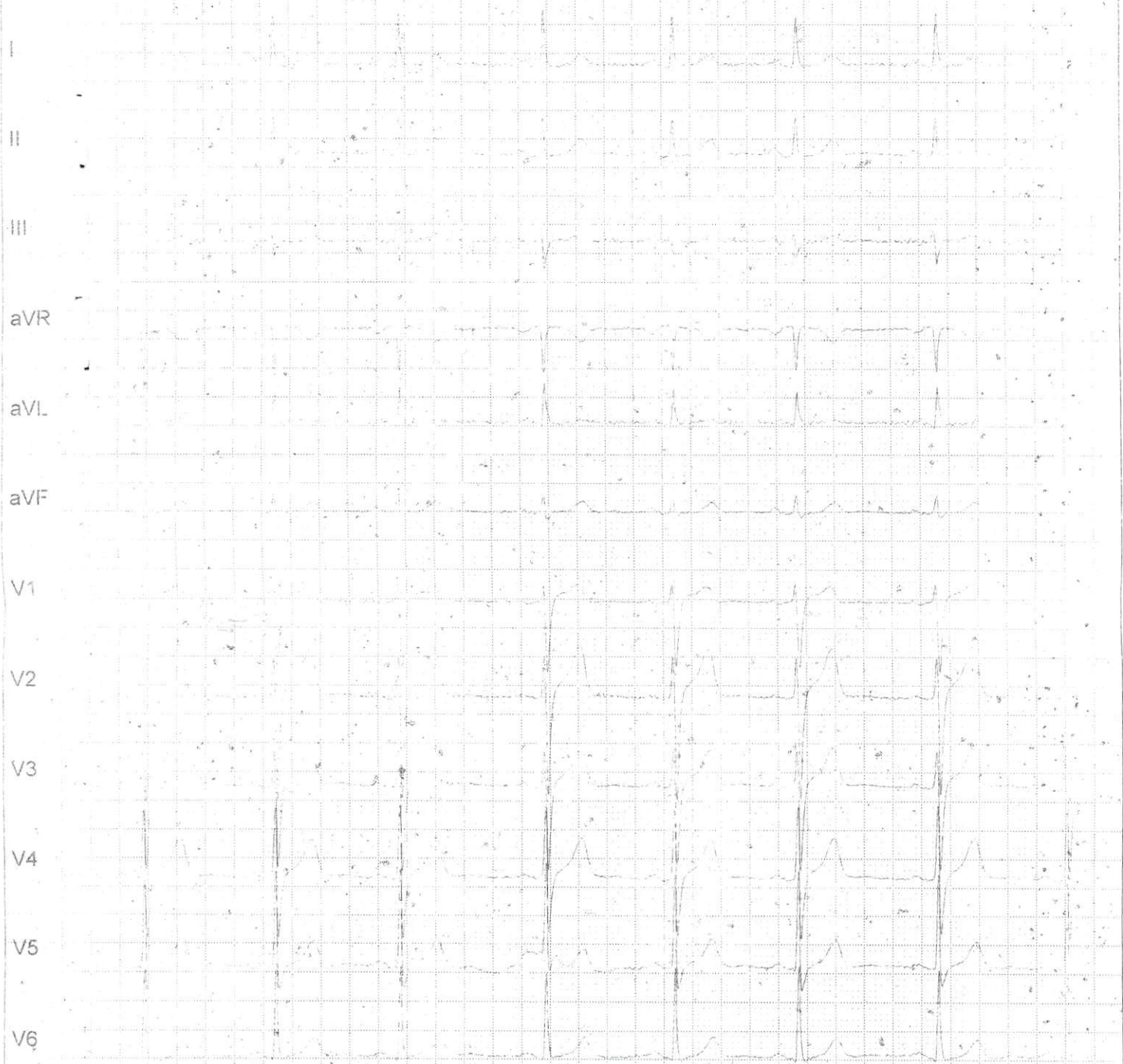
Section: ECG

CaseNo.:

BedNo.:

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



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°
P Interval:	127ms	QRS Axis:	13.00°
QRS Interval:	110ms	T Axis:	43.60°
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 Abdelaziz
Cardiologue
282, Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoul
Etage 1 11000

Doctor: HADADI