

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MIRASS Fatiha

Date de naissance :

Adresse : Av. Nabi El Fassiri Resid. Al Qods no 19

Tél. : 06 99 90 03 10 Total des frais engagés : 3231.71 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : R. ELHOUAFA Med. 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 : CS Date : 18 JUL 2023 Le : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Umar ACCUEIL

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.

علیمات بحیث اتباعها

نسبة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

جب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
وصفات طيبة، فواتير، ...).

جنب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

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 تعريف المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المراجعة.

تعریض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة السابقة.
لائحة هذه الخدمات متوفّرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني، للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة

اص ب媿یریۃ التامین الصحی الإجباری
Réservé à la DAMQ

Identification de l'agent :

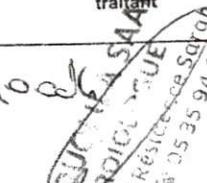
Date d'arrivée : 1 1 1 1 1 1 1

 CNSS الضمان الاجتماعي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</h3> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;"> موافقة مسبقة * Entente préalable* </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;"> تنفيذ * Exécution* </td> </tr> </table>	موافقة مسبقة * Entente préalable*	تنفيذ * Exécution*	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable*	تنفيذ * Exécution*			
		مرجع رقم : 610-1-03 Réf. :		

N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)	خاص بالمؤمن له (ها)		
Nom et prénom : Nom et prénom : N° Immatriculation : N° CIN : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	الاسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن العنوان :	
Adresse :			
Montant des frais : درهم Dhs.	مبلغ المصارييف :		
Nombre de pièces jointes :	عدد الوثائق المرفقة :		

Type de soins	نوع العلاجات		
Admission ALD *:	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	قبل المرض المزمن *:
N° dossier ALD :	_____		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD:	_____		رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/>	مرض *	Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشارة *
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à :	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Le : ١٣٥٢/١٠/٢٠٢٣	ب :	أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه	
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		_____ Dr. BOUAFIA HASSIB CIRIOLOGY SPECIALIST Residence 05/09/2023	
Signature de l'assuré (e)		Cache et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

وصف العمليات المحرّاة

Description des actes effectués					
Date des actes	Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
٢٠١٥١٢٣			échec au ٦٠٠,٠٠ دج	 Dr. BOUAFIA SARAH CARIOLOGY & VASCULAR SURGEON Av. Med V Résidence Sarga (N.Y) FES ٥٣٥٣٥٣٥٩٤ ٢٦٧٧	
INPE et code à Barres _____					
INPE et code à Barres _____					

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

نرقيع و طابع طبیع

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نرفيج و طابع الحسديلي أو معون التجهيزات

الطبية

العنوان Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان PHARMACIE AIN LAHNACH DR KALI REDA AIN LAHNACH ANNEXE DE TIZGUIT PROVINCE IFRANE TEL : 06 67 74 98 01	العنوان Prix facturé	العنوان Date d'exécution	العنوان Tariqat al-taqdīm
		3497,90	17/05/2023	INPE et code à Barres 13209518
				INPE et code à Barres 13209518
				INPE et code à Barres 13209518

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

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

 الصندوق الاجتماعي CNSS	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 :
	Emis à : CASABLANCA Le : 05/06/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1
N° d'immatriculation : 159935125 Règlements de la période : du : 02/06/2023 : من au : 02/06/2023 : إلى		المرسل إليه REHOUMA MOHAMED	

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنوان	مهنوب الصحة	مبلغ المصروف	التعرفة 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
REHOUMA MOHAMED											
117639569	14/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES NEPHROLOGIE	107,70	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	02/06/2023	91,55
117639569	14/03/2023	CS	Clinique Privée	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85,00	02/06/2023	127,50
117639569	14/03/2023	B	CARDIOLOGIE	150,00	165,00	150,00	1,00	165,00	85,00	02/06/2023	127,50
109211901	17/05/2023	R400	PHARMACIES D OFFICINES	800,00	650,00	1,00	1,00	650,00	85,00	02/06/2023	552,50
109211901	17/05/2023	PH		3497,90	0,00	1,00	43,00	0,00	0,00	02/06/2023	2332,66
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 له
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو المنسان على الأرقام

276,00 - COUNTRY SONG ACOUSTIC

349,20

(S.V.)

Dr. C. RUDOLPHUS
BOUTETASMA

N.V. Med. 35 35 94 26 11
N.V. FES 65 35 94 26 11

PHARMACIE AIN LAHNACH
DR. KARL REDETTIZGUT
AIN LAMMACH 74 98 01
TEL. 08667 74 98 01

Docteur Bouqlila SAAD

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echographie Doppler Cardiaque

Holter Tensionnel - Holter Rythmique

Ancien Attaché au service de Réanimation de

Chirurgie Cardiaque à l'Hôpital

Avicenne - Rabat



الدكتور بوقليلة سعد
الخصائص في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في الشخص بالإكغرافى دوبير

ضبط الضغط الدموي والنبضات القلبية

طبيب سابق بمصلحة الإنعاش لجراحة

القلب والشرايين بالعصبية الوطنية للقلب

مستشفى بن سيناء بالرباط

Fès, le : ١٢/٠٥/٢٠٢٣
فاس، في

Le résultat de
l'examen d'échographie
doppler cardiaque est
bon.

800.000

Dr. BOUQLILA SAAD
CARDIOLOGUE
Au: Med. Résidence Sarah
(V.N) FES 05 35 94 26 11

شارع محمد الخامس عمارة سارة رقم 46 الطابق الأول فاس بجانب (وفاسلف)

Bd Mohamed V Résidence Sarah N°46, 1er Etage Fès V.N. A côté de (WAFA SALAF)

Tél: C: 05.35.94.26.11 / Urgences : 06.61.35.71.11

DOCTEUR BOUQLILA SAAD

CARDIOLOGUE

Diplôme de la faculté de médecine de Paris

Echographie doppler cardiaque

Holter tensionnel- Holter rythmique

Ancien attaché au service de réanimation de

Chirurgie Cardiaque à la ligue nationale de

Cardiologie au CHU Avicenne-Rabat

Date : 17/05/2023

Compte rendu d'échographie cardiaque
Transthoracique

DEMANDEUR : DR BOUQLILA SAAD

MOTIF :

NOM ET PRENOM : REHOUMA MED

CONCLUSION :

Ventricule gauche de taille normale de DTD=48mm et de cinétiqe globale et segmentaire conservée avec FE normale =72% mesurée par SIMPSON biplan en 4 cavité associe a une hypertrophie pariétale avec DTDSIV=14mm et diamètre de la paroi postérieure=8mm avec flux mitrale de type E/A inférieur à 1 avec vitesse de A =74cm/s et vitesse de E =46m

Pression de remplissage de VG de type normale avec vitesse Ea= 9cm/s

PAPS normal =40mmhg mesurée a partir de l'insuffisance tricuspidé POD=5mmhg

Ventricule droit de surface normal =11cm² avec TAPSE normale =16mm et FR de surface normal=50%

St tricuspidé =16cm/s et Ea tricuspidé =21cm/s avec vitesse E tricuspidé =46cm/s en faveur de pression de remplissage du VD normal et de bon fonction systolique

Oreillette gauche de volume normal =22ml

Oreillette droite de diamètre septo latéral =31mm et apparait vide d'écho

Aorte ascendante modérément dilaté de diamètre =41mm à bord parallèle avec diamètre de l'anneau aortique =25mm

Valve tricuspidé souple de bonne ouverture avec IT Modérée à moyenne

Valve aortique épaissie calcifié seul de sigmoïdes sont visible et présente un rétrécissement aortique modérément serré avec G moyen VG-AO =12mmhg pour vitesse maximal =2.24 et ITV sous aortique =20cm avec ITV aortique =54cm vitesse sous aortique =0.76cm/s et surface aortique par équation de continuité = 1.66 cm²

Valve mitrale souple de bonne ouverture avec IM minime

Valve pulmonaire souple de bonne ouverture sans fuite associé

Décollement péricardique minime en regard de la paroi antérieure du VD de diamètre =5mm

VCI de diamètre normal = 15mm avec bon collapsus inspiratoire

ITV sous pulmonaire =13cm

AU TOTAL

Cardiopathie hypertrophié avec FE conservée

VD de taille normale et de fonction systolique conservée

Pression de remplissage du VD et du VG sont normal

PAPS normal=40mmhg

VCI de taille normal et compliant

Insuffisance tricuspidé modérée à moyenne

Décollement péricardique minime

Rétrécissement Ao modéré

«Bd Mohamed V Résidence Sarah N° 46 1^{er} Etage Fès VN à cote de (WAFA SALAF)»
«C (055)94 26 11 D (055)60 41 10U 061 35 71 11»

DOCTEUR BOUQLILA SAAD

CARDIOLOGUE

Diplôme de la faculté de médecine de Paris

Echographie doppler cardiaque

Holter tensionnel- Holter rythmique

Ancien attaché au service de réanimation de

Chirurgie Cardiaque à la ligue nationale de

Cardiologie au CHU Avicenne-Rabat

Date :

NOM ET PRENOM :

Mesurer Echo TM (en mm)	Patient	valeurs normales en (mm):
Oreille gauche aorte		20-40
Ouverture intersigmoidienne aortique		20-34
Ventricule gauche		15-26
Diamètre diastolique(VGD)	48	
Diamètre systolique (VGS)		33-56
Epaisseur septum diastolique (SIVD)	14	26-42
Epaisseur septum systolique (SIVS)		6-12
Epaisseur paroi postérieure diastolique (PPD)	8	
Epaisseur paroi postérieure systolique (PPS)		6-12
Ventricule droit : Diamètre diastolique	Non dilaté	
Oreille droite : Diamètre systolique	Non dilaté	<20
² Etude de la cinétique segmentaire du VG		
Paroi antérieure	Normale	
Septum inter ventriculaire	Normale	
Paroi latérale	Normale	
Paroi inférieure	Normale	
Etude de la cinétique globale	Conservée	
Etude du péricarde	Décollé	
<u>Valve mitrale :</u>		<u>Valeurs normales :</u>
Morphologie BD doppler	IM minime V Max =1.13	(0,6-1,3) m/s
<u>Valve aortique :</u>		
Morphologie BD doppler	RA modérée V Max=2.24	
<u>Valve tricuspidé :</u>		
Morphologie BD doppler	IT Modère à moyenne V Max=	(1,0-1,7) m/s
<u>Valve pulmonaire :</u>		
Morphologie BD doppler	IP Normale V Max=1	(0,3-0,7) m/s
Fonction systolique du ventricule gauche		
Fraction du raccourcissement (FR)		>25%
Fraction d'éjection (FE)	72% par SIMPSON	>70%

«Bd Mohamed V Résidence Sarah Etage Fès V N à cote de (WAFA SALAF)»
«C (055)94 26 11 D (055)94 26 11 E (055)94 26 11 F (055)94 26 11 G (055)94 26 11 H (055)94 26 11 I (055)94 26 11 J (055)94 26 11 K (055)94 26 11 L (055)94 26 11 M (055)94 26 11 N (055)94 26 11 O (055)94 26 11 P (055)94 26 11 Q (055)94 26 11 R (055)94 26 11 S (055)94 26 11 T (055)94 26 11 U (055)94 26 11 V (055)94 26 11 W (055)94 26 11 X (055)94 26 11 Y (055)94 26 11 Z (055)94 26 11

SAAD
Boujlila

159935125

REHOVA Hebrew

Motiaued

159935/125

