

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>18971</u>		Société : <u>RAN</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <u>Toumssi Ayoub</u>			
Date de naissance : <u>16/12/1985</u>			
Adresse : <u>Rue 123 N°83 Groupe I suff. Casablanca</u>			
Tél. : <u>0600828055</u>		Total des frais engagés : <u>1000,00</u> Dhs	
Téléphone : <u>0663515857</u>			
Signature : <u>MUPRAS</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>16 OCT. 2019</u>			
Signature : <u>Accusé de réception</u>			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : _____			
Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : 16 / 10 / 2019

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

Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	الملبغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
26/06/19	CT		20000		
INPE et code à Barres 					
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	الملبغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع 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 الإحياء، الأشعة و الصور		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	الملبغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
26/06/19	Ec	Doppler	30000		
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تأفيدها و التجهيزات الطبية الممونة		
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 					

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

### 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 Cachet de l'Agence	Signature et Cachet de l'Agence
---------------------------------	---------------------------------

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier:

**التعليمات يجب اتباعها**

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.  
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشترفة.

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 إنهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حراثة الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من تبنته عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Signature et Cachet de l'Agence	Signature et Cachet de l'Agence
---------------------------------	---------------------------------

Date d'arrivée:

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<b>Feuille de Soins Maladie</b>		Réf. ANAM - 610-1-02
* موافقة مسبقة *	تفيد *	* تنفيذ *
Entente préalable *	Exécution *	

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)  
الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :  
رقم بطاقة التعريف الوطنية: ١٤٥٣٦٣١٦٣١٤١٠١

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن العنوان: Rue ٤٢، N° ٤٨، Groupe I، El Andafe, DAKAR

مبلغ المصاري : عدد الوثائق المرفقة : تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاج

الإسم العائلي والشخصي : تاريخ الإزدياد : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس: \*

Nom et prénom : LANBARKI AFAYE Date de naissance : ١٤٥٣٦٣١٦٣١٤٠١٠١ N° CIN: ١٤٥٣٦٣١٦٣١٤٠١٠١

Sexe: \* M  ذكر F  أنثى الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق\*

INPE et code à barres \*\* ١٠١١٠٠١٣٩

Médecin traitant Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات \*

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  Amoëme  Accident  حادثة  Maladie  مرض

أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المنكورة أعلاه  
Fait à : Le : في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : Le : في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

\* لطفكم المليحة  
\*\* 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، مصحة داكار - الدار البيضاء صب 2186 - التلفون: 080 203 3333  
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Rabat, le : 26/06/2019

## Note d'honoraire

NOM ET PRENOM : LAMBARKI AFAFE

EXAMEN : ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER FŒTALE

ORIGINE : CNSS

TOTAL PAYE : 800 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT dhs

ICE : 001562646000066

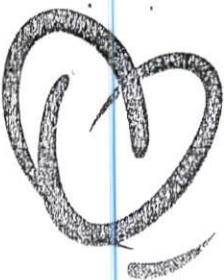
IF : 18738061

PATENTE : 25947669

INP : 101100139

Dr.HADDOUR Laila





Professeur Laïla HADDOUR  
Spécialiste en Cardiologie

الأستاذة ليلي هظور  
إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

## ECHOCARDIOGRAPHIE FOETALE

### INFORMATION PATIENT

Nom	:Lambarki
Prénom	:Afafe
DDN	:10/01/1990
Indication	: CAVpartiel ?24SA
Médecin référent	: Dr Kabbaj Ghita
Date de l'Examen	:26/06/2019

### RESULTAT

- Il existe 2 oreillettes avec valvule de Vieussens normalement déviée à gauche, pas de restriction du foramen oval
- Bonne concordance auriculo ventriculaire
- Décalage mitro-tricuspidé, aspect de CIA ostium primum mais semblant être plutôt un sinus coronaire dilaté par la persistance d'une veine cave supérieure gauche (vue par Dr Kabbaj)
- Valves auriculo ventriculaires normalement insérées de bonne ouverture, petit anneau tricuspidé, flux A-V au DP E<A
- 2 ventricules de taille déséquilibrée avec un petit ventricule droit et de fonction systolique satisfaisante,
- Petite CIV d'admission
- Continuité mitro-aortique normale
- Bonne concordance ventriculo-artérielle
- Anneaux sigmoïdiens normaux, sigmoïdes aortiques et pulmonaires de bonne ouverture, flux aortique=0.8m/s, FP=0.8m/s, canal non restrictif
- Rythme cardiaque régulier avec liaison auriculo ventriculaire 1/1 avec rythme normal à 144ppm
- Pas d'épanchement péricardique



## CONCLUSION :

Professeur Laïla HADDOUR

Spécialiste en Cardiologie

الأستاذة ليلي هظور

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Très probable sinus conaire dilaté par une VCS gauche persistante

Petit ventricule droit à surveiller

Petite CIV d'admission

A revoir

Caryotype en cours par amniocentèse

*Un contrôle échographique est à prévoir en cas de signe clinique cardiaque lors de l'examen pédiatrique néonatal car l'échocardiographie fœtale ne permet pas de diagnostiquer toutes les anomalies cardiaques et le cœur fœtal continue d'évoluer au cours de la grossesse*

Dr Laila HADDOUR

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



برية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 190989028960547

Emis à Casablanca le : 12/09/2019

Identifiant de la famille      تعریف العائلة

LAMBARKI AFAFE  
RUE 122 N 48 GR I EL OULFA  
CASABLANCA 2000

N° d'immatriculation : 183111080  
Règlement du mois : 09/2019  
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
LAMBARKI AFAFE										
051848740	26/06/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
051848740	26/06/2019	KE	MEDECIN SPECIALISTE	800,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70	455,00
Total remboursé pour AFAFE										560,00
Total général remboursé										560,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

