

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fikri et Rue Aïal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-474836

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42971 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TOUINSSI Ayoub

Date de naissance : 14/12/1985

Adresse : Rue 123 N°83 Groupe I Ouffa, Casablanca

Tél. : 0600828557 0663525857 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 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 : Casablanca Le : 16 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Référence structurée : 190989002007479

Emis à Casablanca le : 10/09/2019

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف 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 Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
LAMBARKI AFAFE										
051848721	26/06/2019	KE	MEDECIN SPECIALISTE	750,00	600,00	1,00	1,00	600,00	70	420,00
051848721	26/06/2019	KE	MEDECIN SPECIALISTE	650,00	600,00	1,00	1,00	600,00	70	420,00
Total remboursé pour AFAFE										840,00
Total général remboursé										840,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 والوثائق الاثباتية 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.

سينم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لا تحة 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. : 610-1-02 مرجع رقم	RE ANAM : 12.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *			
N° Dossier : 06.62 22 63 22					
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)					
Nom et prénom : LAMBAKI AFAFE					
N° Immatriculation : 11813141414141					
N° CIN : 18131516314141					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *					
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐					
Adresse : Rue 22, Groupe "I", N° 48, El Goutte العنوان :					
Montant des frais : 4500,00 Dhs مبلغ المصاريف :					
Nombre de pièces jointes : 6 عدد الوثائق المرفقة :					
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج					
Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات					
Nom et prénom : Mme Lambaki Afafe الاسم العائلي والشخصي :					
Date de naissance : 12.10.1974 تاريخ الميلاد :					
N° CIN : 18131516314141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :					
Sexe : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى الجنس :					
INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المميز					
Médecin traitant الطبيب المعالج					
Etablissement de soins المؤسسة العلاجية					
Type de soins* نوع العلاجات					
Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض ☐					
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بمصحة كل ما ذكر أعلاه					
Fait à : Le : 12/11/2019 ب : في :					
Le : 12/11/2019 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)					
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصر بمصداقية ومصحة المعلومات المذكورة أعلاه					
Fait à : Le : 12/11/2019 ب : في : 12/11/2019					
Le : 12/11/2019 توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins					

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام : 12/11/2019 Date d'arrivée :
Date de dépôt du dossier : 12/11/2019 تاريخ الإيداع :	

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
16/4/13	Echocardiographie Doppler	15000			
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، 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 الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

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



Dr. Said EJJENNANE

Cardiologue

Cardiologue adulte et pédiatrique, diplômé d'échodoppler cardiovasculaire de l'université Paris VI

Rabat le 26/06/2019

Facture

Patient : Mme Lambarki Afafe

Nature de l'acte	Montant
Echocardiographie-doppler couleur fœtal	1500,00 dirhams (Mille Cinq cent dirhams)

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

Mille cinq cent dirhams

Dr Said EJJENNANE
Cardiologue
LAMAR CENTER
Av Mohamed VI, Rabat, Maroc
Tél: 05 - 37 - 75 - 25 - 74

Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine
de Casablanca
Ancien médecin interne
au CHU Ibn Rochd

الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le 26 06 19 الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Lambarki Afeef

- LUSA

- Suspicion de cardiopathie
Congénitale

⇒ Echocardiogramme



إقامة بيزنس بلازا، رقم 400 شارع الزرقطوني (إتجاه مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء
Business Plaza, N° 400 Bld. Zerktouni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage, N° 14 - Casablanca
البريد الإلكتروني : kabbaj_ghita2008@yahoo.fr - الهاتف : 05 22 47 16 89 - Tél. :



Dr. Said EJJENNANE

Cardiologue

Cardiologue adulte et pédiatrique, diplômé d'échodoppler cardiovasculaire de l'université Paris VI

Suite

Absence de cardiopathie fœtale en particulier absence de CAV intermédiaire no complet ++ (sachant que les micro-CIV, minimes coarctations aortiques, persistance du canal artériel et petites CIA, anomalies mineures, ne sont pas diagnosticables in-utéro).

Dr Said Ejjennane

Dr Said EJJENNANE
Cardiologue
LAMAR CENTER

Av Mohamed VI, Rabat, Maroc
Tél : 05 - 37 - 75 - 25 - 74



Dr. Said EJJENNANE

Cardiologue

Cardiologue adulte et pédiatrique, diplômé d'échodoppler cardiovasculaire de l'université Paris VI

Rabat le 269 / 06 / 2019

ECHOCARDIOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR FOETAL

Mme Lambarki Afafe , agée de 29ans

Indication :

Recherche cardiopathie fœtale.

Compte-rendu :

- Situs solitus, Lévo-cardie
- Concordance atrio-ventriculaire et ventriculo-artérielle
- Arc aortique gauche
- Cavités cardiaques de volume normal pour l'âge de la grossesse avec bonne fonction bi-ventriculaire et absence d'hypertrophie ventriculaire droite ou gauche
- Pas de défaut septal inter-ventriculaire avec valvule de Vieussens normale à l'OG ++
- Valves auriculo-ventriculaires et ventriculo-artérielles de structure et d'ouverture normale, sans insuffisance it tricuspide ++
- Décalage mitro-tricuspidien et continuité mitro-aortique physiologiques
- Artère pulmonaire et aorte ascendante de calibre normal pour l'âge de la grossesse
- Branches pulmonaires non dilatées ni sténosées
- Connexions veineuses pulmonaires semblant normales avec veine cave supérieure gauche dans le sinus coronaire dilaté ++
- Canal artériel non restrictif, antérograde et normal
- Absence d'épanchement péricardique ou de masse intra-cardiaque
- Pas de trouble du rythme ou de la conduction fœtale avec FC fœtale normale = 154/mn
- Hémodynamique utéro-placentaire, foeto-placentaire et fœtale physiologiques pour l'âge de la grossesse

CONCLUSION :

- *Veine cave supérieure gauche se drainant dans le sinus coronaire dilaté*
- *Pas de CIA ostium primum*
- *Absence de CIV +++*

Suite.....







