

## 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



Déclaration de M22- 0035185

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL KHAÏFI Ned  
Date de naissance : 01.01.1943  
Adresse :  
Tél. : 0660545557 Total des frais engagés : 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 :  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

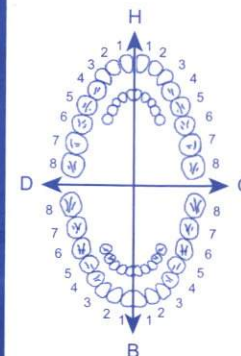
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

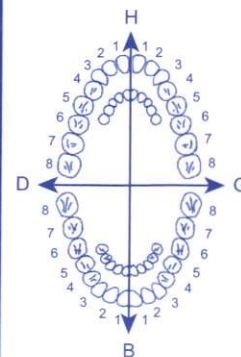
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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 المرسلية بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

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

0660545557

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02

Ref: ANAM: 1.2.0.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (أ/ها)

الاسم العائلي والشخصي : ANDALOUSSI Latifa

رقم التسجيل : 11861721181

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 88945

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (أ/ها) \*

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : "Jardins de Celformine" Rd. de FES, App't C19, CASABLANCA

Montant des frais : 899 Dhs

Nombre de pièces jointes : 27

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : ANDALOUSSI Latifa

Date de naissance : 11/11/1981

N° CIN : 111111111111111111

Sexe : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins \*

نوع العلاجات \*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثه Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : 11/11/2022

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : 11/11/2022

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186، الدار البيضاء محطة - الهاتف 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Cas. Gare Téléphone : 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : 11/11/2022
Date de dépôt du dossier: 11/11/2022	Date d'arrivée: 11/11/2022



Description des actes effectués				وصف العمليات المجرى	
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	
27/03/23	99156	99156	360,000		
INPE et code à Barres 1013010101071					
INPE et code à Barres 1013010101071					

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 1013010101071						
INPE et code à Barres 1013010101071						

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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
27/03/23		B250=	360,000		
INPE et code à Barres 1013010101071					
INPE et code à Barres 1013010101071					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
27/03/2023	139,00			
INPE et code à Barres 1013010101071		PHARMACIE SOULAIMA YOUSRA LAHBABI LAHLOU Rés «Les Jardins de Californie 2» 3d. de Fes 34000 - 05.22.21.98.94		
INPE et code à Barres 1013010101071				

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

	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم :
	Emis à : CASABLANCA Le : 11/04/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة :
N° d'immatriculation : 186172518 Règlements de la période : du : 11/04/2023 : من au : 11/04/2023 : إلى	رقم التسجيل : أداءات الفترة :	Destinataire : ANDALOUSSI LATIFA 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	مهنو الخدمة	مبلغ المصاريف	التعريفية العرجية	التمتع	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإقرار	مبلغ التعويض
N° de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ANDALOUSSI LATIFA											
123472292	22/03/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	11/04/2023	175,00
123472292	22/03/2023	PH	PHARMACIES D	1758,80	0,00	1,00	20,00	0,00	0,00	11/04/2023	960,26
123472290	27/03/2023	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	11/04/2023	175,00
123472290	27/03/2023	PH	PHARMACIES D	139,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	11/04/2023	97,30
123472290	27/03/2023	B	OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES	360,00	275,00	250,00	1,00	275,00	70,00	11/04/2023	192,50
Total remboursé											1600,06
Total général remboursé											1600,06

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو تسليط

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	<a href="http://www.cnss.ma">www.cnss.ma</a> <a href="http://www.cnss.ma/Portail/">www.cnss.ma/Portail/</a> Ma CNSS 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200	لتزيد من المعلومات: يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالخط الساخن على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام
--	---	--

دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء من س. 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

# ORDONNANCE

**Dr Saâd SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

A \_\_\_\_\_ Le 27 MAR. 2020

*le AN d'Arousa Lab*

*Propose HS*

Mme **TI CHRAÏB** ou Zia  
Biologiste  
Laboratoire **BIOLAM**  
314, Rue Mostafa El Maâni  
Casablanca - Tél: 0522 75 12 67

**Dr Saâd SOULAMI**  
~~Professeur de Cardiologie~~  
~~356, Rue Mostafa El Maâni~~  
~~Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA~~



ANDALOUSSI, LATIFA

ID:

D-naiss:

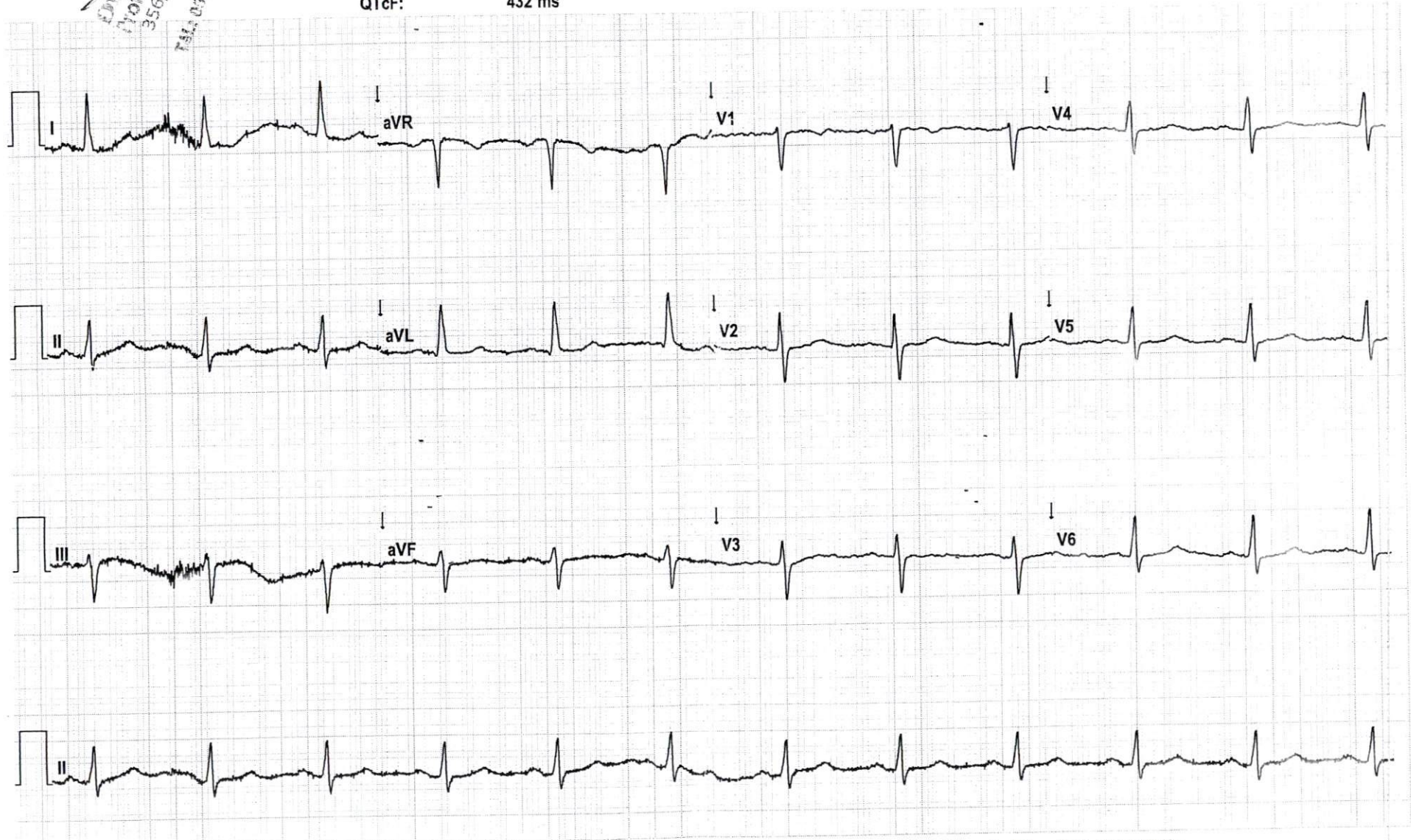
0ans,

27-Mar-2023 11:56:38

RYTHME SINUSAL  
ECG NORMAL.

Non confirmé

Fréq.Card: 69 BPM  
Int PR: 200 ms  
Dur.QRS: 101 ms  
QT/QTc: 412 / 431 ms  
Axes P-R-T: 33 -10 31  
Moy RR: 867 ms  
QTcB: 442 ms  
QTcF: 432 ms



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 47626 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz

Dossier ouvert le : 27-03-2023 12:35  
Date du prélèvement : 27-03-2023 12:35  
Edité le : 27-03-2023  
Prescripteur : Dr SOULAMI SAAD



Mme ANDALOUSSI Latifa  
Dossier N° : 20230302121  
Né(e) le : 04-05-1946 (76 ans)

Analyses	Résultats	Norme	Antécédents
----------	-----------	-------	-------------

### MARQUEURS CARDIAQUES

**Troponine T hs (IC)**  
(immunoenzymométrique AIA 360)

0.04 ng/ml (<0.06)

Commentaire: surveiller l'évolution du taux de la Troponine Ths à H3; si augmentation >30% IDM probable

Validé par : SAKINA KITAB

Signature de Mme Fouzia SEBTI CHRAIBI  
Date : 27/03/2023  
Lieu : Laboratoire BiOlam  
Dr Soulimi Saad



FACTURE N° : 000041486

Mme ANDALOUSSI Latifa  
Dossier N° : 20230302121  
Né(e) le : 04-05-1946 (76 ans)

CASABLANCA le 27-03-2023

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Clé	Total
Prélèvement	E25	25.00 MAD
Troponine	B250	335.00 MAD
	<b>Total</b>	<b>360.00 MAD</b>

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante dirhams .

Mme SEBTI CHRAIBI FOUZIA  
1410, 314, 318  
314, P. Mers-Sultan  
Casablanca