

# 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.



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

Complémentaire  
**Déclaration de Maladie**  
M22- 0047109

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAN 172743  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RHA ZOUANI MEJ EL MAHFOUD  
Date de naissance : 07-10-1954  
Adresse : Cite ANDALOUSIA D083 AP18 BOULEVARD  
ANOUAL CASA BLANCA  
Tél. : 0661462619 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUTUELLE Complémentaire  
Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : ZOHRY FATIMA 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 : 25/08/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

**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



### 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

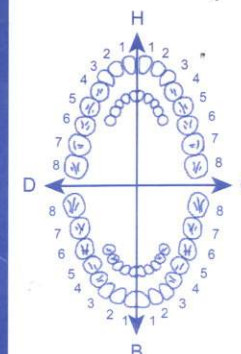
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

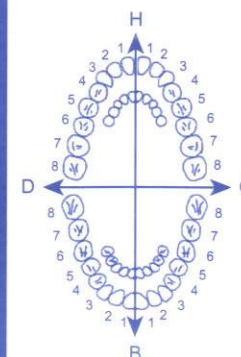
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 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 ولكل 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 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنه 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

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

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref. ANAM : 1202/01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-03	

## N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)	خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : ZOHRY FATIMA	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 1192159815	رقم التسجيل :
N° CIN : B1-21662610	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : Cité Andalousia Inn 83 Apt 8 BD ANOUAL CASA	العنوان :
Montant des frais : 425,40 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 6	عدد الوثائق المرفقة :

Declaracion du médecin traitant	تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins : Zohry Fatima	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : Zohry Fatima	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 18/12/1951	تاريخ الميلاد :
N° CIN : B1-21662610	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الجنس :
INPE et code à Barres**	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins	نوع العلاجات
Admission ALD : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	قبول المرض المزمن *
N° dossier ALD : .....	رقم ملف المرض المزمن *
Code ALD : .....	رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه Fait à : CASA BLANCA Le : 11/11/2023 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : Casa Le : 11/11/2023 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 case

\*\* 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 الدار البيضاء المحطة - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186



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 : مراجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :  
Le : 08/08/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 192159815 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 08/08/2023 : إلى  
au : 08/08/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه  
ZOHRY FATIMA

Veillez 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	التعويضات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	اساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZOHRY FATIMA											
80431411	11/07/2023	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	07/08/2023	175,00
80431411	11/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	125,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	07/08/2023	63,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											238,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											238,00

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 بالهاتف الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمراكز الاتصال أو الضمان على الأرقام





LOT: 22E010  
PER: 10 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 41DH80  
6 118000 010227

LOT: 22E010  
PER: 10 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 41DH80  
6 118000 010227

LOT: 22E010  
PER: 10 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 41DH80  
6 118000 010227



# CABINET DE CARDIOLOGIE



**Dr. Miloud KASSIoui**  
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Angers (France)  
Ancien attaché des Hôpitaux de la Loire  
Ex. Médecin Cardiologue à l'Hôpital Sidi Soufi Casablanca

Casablanca, le

**PHARMACIE ASKIA**  
Dr. MSIK  
Résidence Askia E 74  
N° 4, Cité Baboussou Casablanca  
Tél : 05 22 45 93 20  
Fax : 05 22 45 93 54  
I.C.E : 092086933 - IF : 40296141  
INPE : 092086933 - IF : 40296141

41.80 x 3 Zohy-fatma  
— Moblandy  
1/2 1/2 1/2

Ms.  
Vale 3ms

Total : 125.40

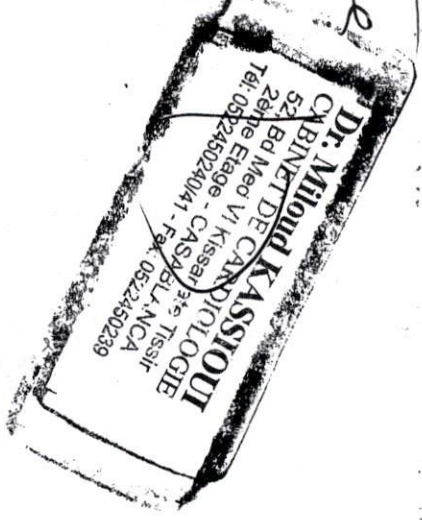
**Dr. Miloud KASSIoui**  
CABINET DE CARDIOLOGIE  
52, Bd Mohamed VI - Kissariate Tissir  
2ème Étage - Casablanca - Tél : 0522 45 02 40 / 41 - Fax : 0522 45 02 39

**PHARMACIE ASKIA**  
Dr. MSIK  
Résidence Askia E 74  
N° 4, Cité Baboussou Casablanca  
Tél : 05 22 45 93 20  
Fax : 05 22 45 93 54  
I.C.E : 092086933 - IF : 40296141  
INPE : 092086933 - IF : 40296141

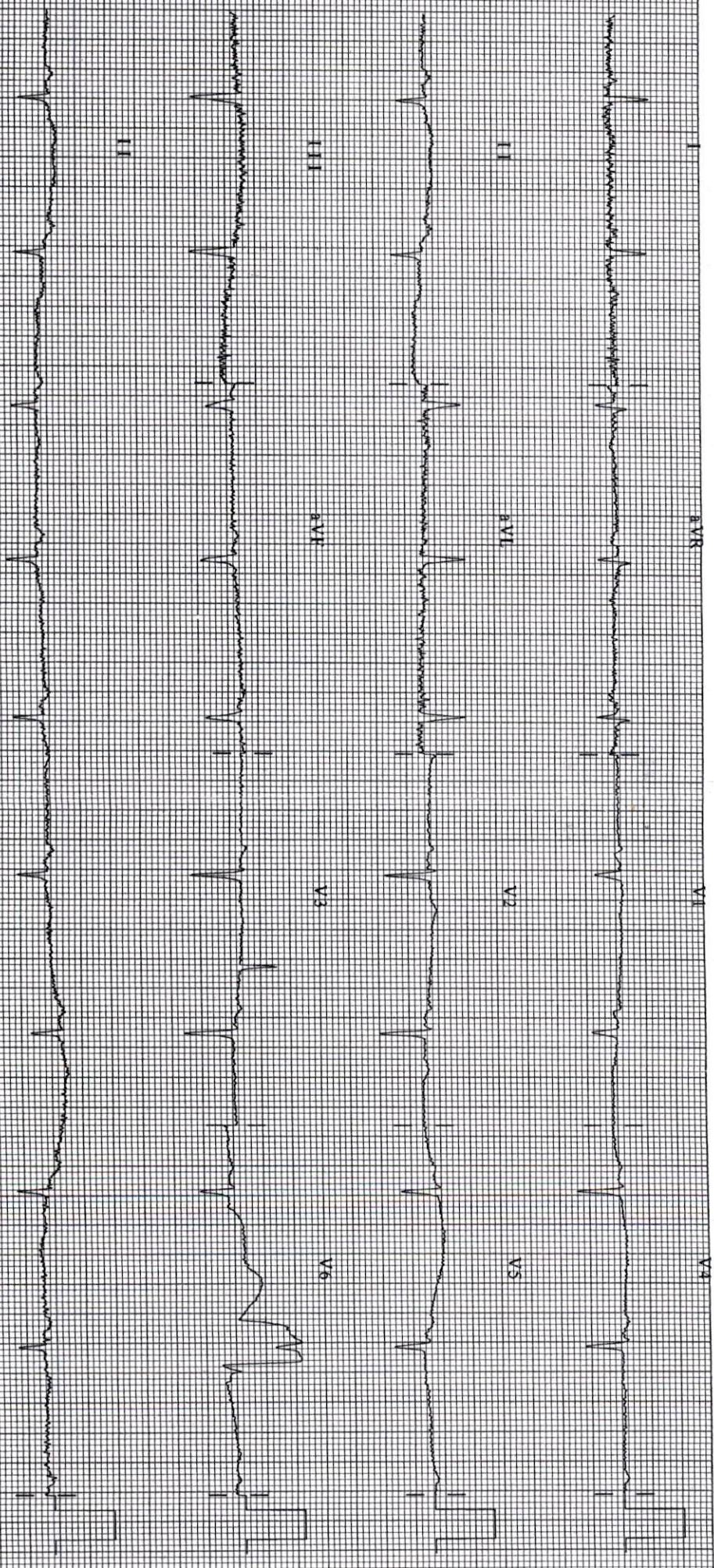
52, Bd Mohamed VI (Ex. Route Médiouna) - Kissariate Tissir  
2ème Étage - Casablanca - Tél. : 0522 45 02 40 / 41 - Fax : 0522 45 02 39



20huy felire  
le 11/7/2023



ECG Manual



2.5 mm/s 10 mm/mV 0.5 Hz 40 Hz W 07025