

## 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.



## Déclaration de Maladie

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : RAIM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAOURI ABDE L DJEDID  
 Date de naissance : 10/04/2013  
 Adresse : 48, RUE LAGARE LOT LAADIRI  
 BERRECHID  
 Tél : 0678 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



### 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

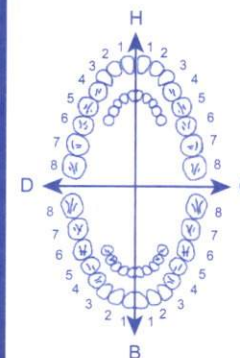
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

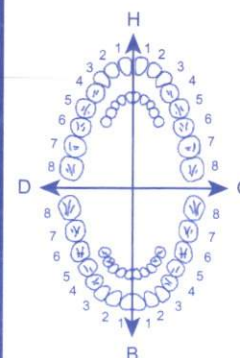
**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 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.

Tout 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 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 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 للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل 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 de dépôt du dossier : .....	Date d'arrivée : .....

		<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02	RÉF. ANAM : 12/01/01
موافقة مسبقة Entente préalable		تنفيذ Exécution			
<b>N° Dossier :</b>					
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>					
خاص بالمؤمن له (لها)					
الاسم العائلي والشخصي : <b>SAOUDI ASMAA</b>					
رقم التسجيل : <b>1993857110</b>					
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>B.E. 54694</b>					
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :					
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>					
العنوان : <b>48, Rue Mohata lot 10 Amiri Bennechid</b>					
مبلغ المصاريف : <b>3213,60 Dhs</b>					
عدد الوثائق المرفقة :					
Number of pièces jointes :					
<b>تصريح الطبيب المعالج</b> <b>Déclaration du médecin traitant</b>					
المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins					
الاسم العائلي والشخصي :					
تاريخ الميلاد :					
رقم بطاقة التعريف الوطنية :					
الجنس :					
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى :					
INPE et code à barres :					
Médecin traitant :					
Etablissement de soins :					
نوع العلاجات :					
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>					
Accident <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/>					
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.					
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.					
Fait à :					
Le :					
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)					
توقيع وطابع الطبيب المعالج 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

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	
22.08.23			1700,00	<p>Dr. Sihom EDDOCHAI 85, Bd. Mohammed VI, Casablanca Tél : 05 22 75 19 19 / 05 22 75 19 19</p> <p>Dr. Sihom EDDOCHAI 85, Bd. Mohammed VI, Casablanca Tél : 05 22 75 19 19 / 05 22 75 19 19</p>	
22.08.23					
05/09/23					
INPE et code à Barres					
22/08/23 Fibroscopie					
05/09/23 Contrôle					
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	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
					<p>Dr. Sihom EDDOCHAI 85, Bd. Mohammed VI, Casablanca Tél : 05 22 75 19 19 / 05 22 75 19 19</p> <p>Dr. Sihom EDDOCHAI 85, Bd. Mohammed VI, Casablanca Tél : 05 22 75 19 19 / 05 22 75 19 19</p>		
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 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			
22.08.23			gratuit	<p>CENTRE DE PATHOLOGIE IBN Dr. Hind ALATAWNA ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE Louvre Centre RDC Annexe Bd. Abdelmoumen et Bachir Essablanca - Tel: 0522 21 87</p>			
INPE et code à Barres							
INPE et code à Barres							

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات 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		
05.09.2023	1513,60	<p>Dr. Sihom EDDOCHAI 85, Bd. Mohammed VI, Casablanca Tél : 05 22 75 19 19 / 05 22 75 19 19</p> <p>Dr. Sihom EDDOCHAI 85, Bd. Mohammed VI, Casablanca Tél : 05 22 75 19 19 / 05 22 75 19 19</p>		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

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





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 : أصدر ب  
Le : 22/09/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 199385710 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 22/09/2023 : إلى  
au : 22/09/2023 : إلى

المُرسل إليه  
Destinataire  
SAOUDI ASMAA

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	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SAOUDI ASMAA											
136278446	22/08/2023	J304	Clinique Privée	1700,00	1000,00	1.00	1,00	1000,00	70,00	22/09/2023	700,00
136278446	22/08/2023	PH	PHARMACIES D	1513,60	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	22/09/2023	251,65
136278447	31/08/2023	R496	OFFICINES MEDECINE GENERALE	1000,00	600,00	1.00	1,00	600,00	70,00	22/09/2023	420,00
136278447	31/08/2023	CS	MEDECINE GENERALE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	22/09/2023	105,00
Total remboursé											1476,65
Total général remboursé											1476,65

- 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 بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

**Dr. Siham EDDEGHAI**

**SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO**

**ENTEROLOGIE**



Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca  
et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Proctologie médicale et chirurgicale

Membre de L'AFEF

et SNFGE



**الدكتورة سهام الدغاي**  
**أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد**



طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراكش

الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض المخرج والبواسير

عضو الجمعية الفرنسية

للأمراض الجهاز الهضمي

Date : 15/08/28

Mme Saoudi Anass

Patiente âgée de 63 ans, opérée en  
2012 d'un cancer, HPA 2 cm,  
opérée par chirurgie de l'ovaire,  
qui fait un régime change,  
éprouve, douleurs.

⇒ FOCUS ON

**Dr. Siham EDDEGHAI**  
SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO ENTEROLOGIE  
8, Salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19  
Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen  
CASABLANCA

8, السلام 1, شارع محمد الزفزاف إقامة رقم 1, ش 19 الطابق 3, (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مومن - الدار البيضاء  
المجمع الطبي أناسي



8, salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen

E-mail : dreddeghaicabinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

Complexe Médicale Anassi

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 22-08-2023

Facture N° 26435/23

## A. Identification

N° Dossier : HPC23H22071119

N° Identifiant : 109697/23

Nom & Prénom : Mme SAOUDI ASMAA

C.I.N : BE54694

Adresse : 48 RUE MAHATA LOT LAAMIRI

## B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 22-08-2023

Date Sortie : 22-08-2023

Médecin traitant : DR . EDDEGHAI SIHAM

Traitement : FIBRO

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	FIBROSCOPIE		1 700,00			1 700,00
Total Rubrique :						1 700,00
PARTIE CLINIQUE :						1 700,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 1 700,00

MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

SERVICE FACTURATION  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA  
INPE : 090063272  
279, Bd. Chefchaouni Ain Sebba

Mme saoudi asmaa

le 22/08/2023

Age : 63 ans

RC : epigastralgies, pyrosis chronique

**Compte rendu de fibroscopie œso-gastro-duodénale sous  
sédation :**

**Œsophage :** muqueuse d'aspect macroscopique normal

Cardia en place

Ligne z régulière

**Estomac :** exploré en VD et en RV

Lac muqueux clair peu abondant

Plis fundiques conservés

Muqueuse fundique est érythémateuse et pseudo nodulaire

Muqueuse antrale érythémateuse et exulcérée avec petite  
ulcération linéaire pré pylorique

Pylore : régulier et centré franchi

RV : idem

**Bulbe D1 D2:** normaux

**Conclusion :**

- gastrite fundique érythémateuse et pseudo nodulaire
- gastrite antrale érythémateuse exulcérée avec ulcération linéaire pré pylorique

**Biopsies**

**DR EDDEGHAI**



133,00 2m

5) Biomartial plus (S.V)

181 by min 2

15 13,60

Amal

DR SMAM EBBEGHAI  
SPECIALISTE EN HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
8 Salam 1 Bd Med Zetoua (S. R. M.) APPR 19  
Erg 31 (PORT D'AMAR) BOU MOUDJEN-MASSA  
CASABLANCA  
Tél : 05 23 87 43 21

Pharmacie Boulmane  
Hay Mij Abdelh Aïn Chok  
Casablanca  
Tél : 05 23 87 43 21  
Mr Zineb JENNANI SMILES

PYLERA® gélules  
Boîte de 1 flacon de 120.  
AMM N°281 DMP / 21 / NNP  
PPV : 803,00 DH  
Titulaire de l'AMM / Distributeur :  
SOTHEMA, S.P.A. 1, 27182 Bouleours, MAROC  
6 118001 072262

MEZOR® 40mg  
Esomeprazole (DCI)  
28 gélules  
6 118000 340331

MEZOR® 20mg  
Esomeprazole (DCI)  
28 gélules  
6 118000 340300

**Dr. Siham EDDEGHAI**

**SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO**

**ENTEROLOGIE**

Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca  
et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Proctologie médicale et chirurgicale

Membre de L'AFEF

et SNFGE



**الدكتورة سهام الدغاي**

**أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي**

**والكبد**

طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراكش

الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض المخرج والواسير

عضو الجمعية الفرنسية

للأمراض الجهاز الهضمي

Date :

05/04/23

215.0 x 2 Sarami Asmal

1) Negar gluing:

1st x 2g

1 min

803.00

2) pylara gl:

3 gl x 45 min

99.00

3) prodefin sat:

14.50 x 2

19.60

Humafut op:

1st x 2g

8. السلام 1, شارع محمد الزفزاف إقامة رقم 1, ش 19 الطابق 3 (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مومن - الدار البيضاء

المجمع الطبي أناسي

8, salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen

E-mail : dreddeghaicabinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

Complexe Médicale Anassi