

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



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

Pour Complément
Déclaration de Maladie

M22- 0026658

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1630 Société : Mupras
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : EL Hamzaoui Zabia
Date de naissance : 11.11.1950
Adresse : 21, Rue Najib Mahfoud - Gauthier - Cas
Tél. 06.10.81.38.48 Total des frais engagés 2600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Mtari Said Mjidou Age : 76ans
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 : Casa

Le : 21/02/2024

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

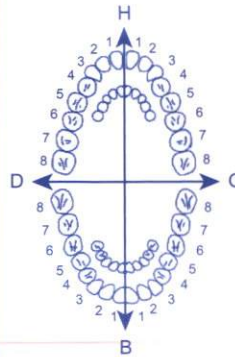
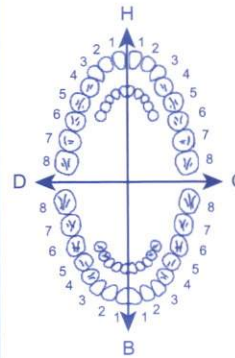
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Actions à suivre

Remplir une feuille de soins par personne et par traitement.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

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 un 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 votre réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ne sont pas couverts.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne lui sont pas dues, est passible des sanctions légales et pénales.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions administratives 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.

Tel: Dom. 05 22 27 04 89

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		الصحي الإجباري Direction de l'Assu Obligat
	Feuille de Soins Maladie		Réf. - 610-1-02
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

نصي : Nom et prénom : MTIRI SAID MTIDOU

N° Immatriculation : 1491216516121

N° CIN : B1151420101

المستفيد والمؤمن له (لها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : 21 Rue Nayib Mahfoud, gentilly

Montant des frais : 2600,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 8

المعالج : Déclaration du médecin traitant

المستفيد : Bénéficiaire de soins

نصي : Nom et prénom : MTIRI SAID MTIDOU

Date de naissance : 10/10/1947

N° CIN : B1151420101

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres : 991089556

<p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p>	<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p>
---	---

Type de soins*

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Le : 09/04/2023

في : 09/04/2023

توقيع المؤمن له : Signature de l'assuré(e)

موقع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
---	--

23	63					35008	PR JARMONVILLE DERIVATOLOGUE 203 Bd. Zerkow Tel: 05 22 36 43 17 127 PR JARMONVILLE DERIVATOLOGUE 203 Bd. Zerkow Tel: 05 22 36 43 17 127
122	K2 + K2					12000	
code à Barres							
_ _ _ _ _							
code à Barres							
_ _ _ _ _							

CIM-10			
--------	--	--	--

02107124					1/PSur 2/PSys	1000	DR. MISSOURY RE... CENTRE DE PATHOLOGIE DU MARIAGE 58, Bd Bir Anzouane 5ème Etage Marrakech Tel 05 22 98 64 71 - 06 22 23 81 10 Fax 05 22 98 74 28
INPE et code à Barres 1 0 2 1 0 7 1 2 4							
INPE et code à Barres 1 0 2 1 0 7 1 2 4							

<p>فوات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>القيمة المسفوتة</p> <p>Prix facturé</p>	<p>مطابع الصيدلي أو ممول التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>22/11/23</p>	<p>25,000</p>	<p>(Signature and Stamp)</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>09248774</p>		
<p>02/04/24</p>	<p>28,100</p>	<p>(Signature and Stamp)</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>09248774</p>		

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

Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Je soussigne certifie avoir perçu la somme

de 1200.00 pour.....

.....
.....
.....
.....
Chez.....

PT JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerketouni
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerketouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف - GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Professeur R.JARMOUNI-IDRISSI

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

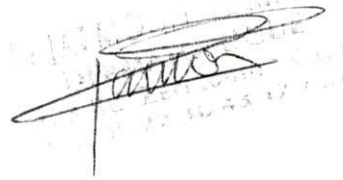
اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

Casablanca, le 22/01/23 في الدار البيضاء،

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigne , Pr JARMOUNI IDRISSE
RACHID , certifie avoir perçu ce jour la
somme de trois cent cinquante dirhams
(350 DHS) pour consultation chez

.....
M. T. R. Said N. J. J. J.



Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق الرابع - إقامة بن حام الطابق الرابع - 203، شارع الزركطوني

Tel.: 05 22 36 43 17 / 27 - الهاتف : GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M₂ M.T.I.R. S.M.D. M.T.I.D.O.O

Casablanca, le 02.12.23 في الدار البيضاء.

25100 Boudrine



22/



PRATIQUE
DIAGNOSTIC
203 Bd. Zerkouni - Casa
Tél. 05 22 36 43 17

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف : GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M. M. T. A. I. D. M. T. I. D. I.

Casablanca, le 22.11.23 في الدار البيضاء،

Coccidin pommade

25,00

2 applications / 2j

PHARMACIE RACHA
Mme LEYSEFFER TOUT
Angle Bd Anfa et R. 21 E. Anfa
Tél. 05 22 27 29 91 - Casablanca

PHARMACIE IDRISSE
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni Casa
Tél. 05 22 36 43 17 / 27

coccidin pommade
coccidin ointment



Sur Rendez-vous

21 jour

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - الرابع - شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - الهاتف - GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Te vas a salir. you are
en way.

And was never in mind

Subscribed

A stylized, handwritten signature in dark ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي

اختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية

Casablanca, le 09/1/24 في الدار البيضاء،

Cher Monsieur

M2 M.T. M. S.H.D M.T.D.S.C,

76 ans, présente un

- un carcinome baso. épidermo-microdermo et infiltrant du cuir chevelu (parieto-occipital gauche)
- un carcinome baso. épidermo-fundus temporal droit (non biopsié)
- un carcinome épidermo-verruqueux du sommet du crâne

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - 203

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - الهاتف : GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Casablanca, le 02/01/2024

Nom & Prénom : MTIRI SAID MJIDOU

N° d'examen : **24130201**

FACTURE N° FA24000012

Nature du prélèvement

1- Biopsie cutanée. 2- Biopsie exérèse.

Montant TTC

1 000,00Dhs

Mode de règlement : Chèque N° AFRICA EIC 3697316

Arrêtée la présente facture à la somme de Mille Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

Dr. MISSOURY RÉDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd Bir Anzarane 5eme Etage. Appt 9
Maarif, Casablanca
Tel 0522 98 64 71 - 0622 23 81 10
Fax 0522 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760

38, BD BIR ANZARANE 5 EME ETAGE APPT 9 MAARIF CASABLANCA - Tél : 05 22 98 64 71



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Date de réception : 02/01/2024

Date de réponse : 09/01/2024

Sexe : M

Âge : 76 ans

N° d'examen : 24130201

Nom et Prénom : MTIRI SAID MJIDOU

Médecin traitant : Dr. JARMOUNI

Nature du prélèvement : 1- Biopsie cutanée. 2- Biopsie exérèse.

Renseignements cliniques : - Suspicion de carcinome basocellulaire pigmenté. - Corne cutanée ?
Carcinome épidermoïde?

COMPTE RENDU

1- Biopsie cutanée mesurant 0,4x0,2cm; incluse en totalité.

A l'examen microscopique, les plans de coupes examinés montre un tissu cutané siège d'une prolifération dermique carcinomateuse micronodulaire et infiltrante, connectée à l'épiderme. Elle est faite de boyaux carcinomateux constitués de cellules basaloïdes à noyaux ovalaires prenant un agencement palissadique en périphérie avec des images de rétraction.

La stroma réaction est fibreuse desmoplastique.

2- Lambeau cutané non orienté mesurant 1,2x1cm; montrant une lésion ulcérée mesurant 1x0,7cm; arrivant au contact des limites d'exérèses; les deux limites restent à 0,2 et 0,3cm.

Histologiquement, la tumeur repérée macroscopiquement montre une prolifération tumorale malpighienne papillomateuse et verruqueuse. L'épiderme est hyperacanthosique, d'aspect verruqueux, papillomateux avec une importante hyperkératose orthokératosique avec parakératose focale. Les kératinocytes sont de grande taille, siège d'atypies cellulaires modérées avec rares mitoses. Des bourgeons épithéliaux sont ramifiés en profondeur avec focalement une stroma réaction inflammatoire dense essentiellement lymphocytaire. Absence d'embolie visible. La limite profonde passe à moins d'un mm, deux limites latérales sont atteintes.

CONCLUSION :

1- Aspect morphologique d'un carcinome basocellulaire micronodulaire et infiltrant.

2- Aspect morphologique compatible avec un carcinome verruqueux d'exérèse incomplète.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY REDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd Bir Anzarane, 5ème étage, Apt 9
Maarif - Casablanca
Tel. 0522 98 64 71 - 0622 23 81 10
Fax 0522 98 74 28



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
Le : 22/01/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192165622 رقم التسجيل
Règlements de la période
du : 22/01/2024 : من
au : 22/01/2024 : إلى

Destinataire المرسل إليه
MTIRI SAID MJIDOU

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	التعريفية 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
MTIRI SAID MJIDOU											
91089762	22/11/2023	C110	DERMATOLOGIE	1200,00	450,00	1.00	1,00	450,00	95,00	20/01/2024	427,50
91089762	22/11/2023	CS	DERMATOLOGIE	350,00	150,00	1.00	1,00	150,00	95,00	20/01/2024	142,50
91089762	22/11/2023	P	DERMATOLOGIE	1000,00	1199,00	1090,00	1,00	1199,00	95,00	20/01/2024	950,00
91089762	22/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	25,00	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	20/01/2024	23,75
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							1543,75
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							1543,75

- 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
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