

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1630 Société : Mupras
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraitee
 Nom & Prénom : El Hamzaoui Zakia Ag 60 22
 Date de naissance : 16-11-1950
 Adresse : 21, Rue Najil Mahfoud - Gantie Casab
 Tél. 06.10.81.38.68 Total des frais engagés : 26.000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mtai Said Hjiden Age : 76 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

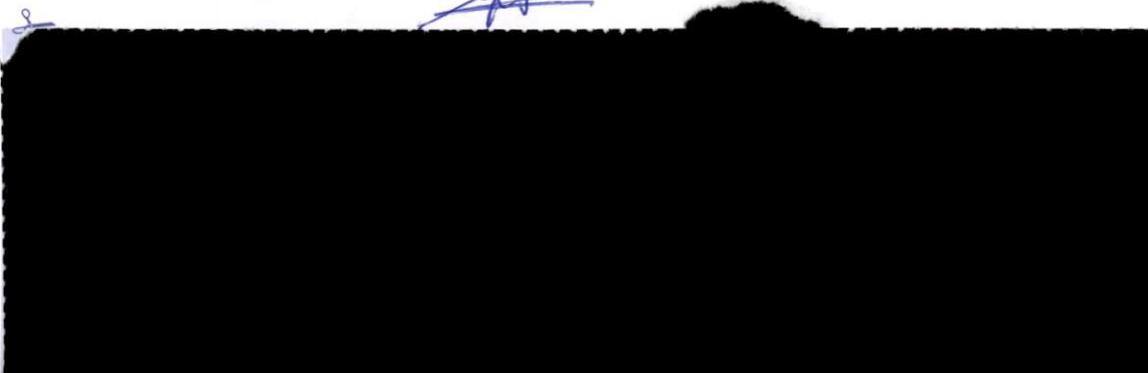
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASAB Le : 21/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : AK



RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

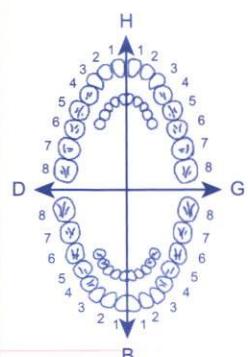
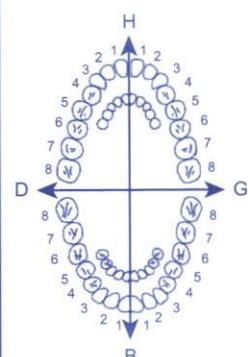
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, 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	G	Coefficient des Travaux
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
		D 00000000	G 00000000	DATE DU DEVIS
		B 35533411		DATE DE L'EXECUTION
	[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

uctions à suivre

bler une feuille de soins par personne et par
nement.

feuille de soins doit être accompagnée de
es les pièces justificatives originales
lordonnances médicales, factures, ...).

nom et prénom de la personne soignée
ent être portés par les praticiens eux mêmes
chaque feuille de soins.

ordonnances transmises doivent être
ompagnées des codes à barres des
licaments achetés.

feuille de soins ainsi que les pièces
ificatives doivent être présentées à la CNSS
s les deux mois qui suivent le premier acte
ical, sauf s'il y a traitement médical continu.
s ce dernier cas, le dossier doit être présenté
s les soixante (60) jours qui suivent la fin du
ement.

remboursement des frais engagés sera
tué sur la base de la tarification nationale de
rence.

aines prestations ne peuvent donner lieu au
boursement que suite à accord préalable.
iste de ces dernières est disponible auprès de
le réseau CNSS.

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

le personne coupable de fraude ou de fausse
aration pour obtenir des prestations qui ne
pas dues, est passible des sanctions légales
lementaires.

ligation de remboursement prise par la
IS est subordonnée au respect des conditions
ementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 يوماً) 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 وкалات
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرّف كاذب للاستفادة من
خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Tel: 0522 754 89

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



* موافقة مسبقة
Entente préalable *

* تنفيذ
Exécution *

الصحي الإجباري
Direction de l'Assu
Obligatoire

Réf. - 610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : M T I R I S A I D M J I I D O U

صي : (لها)

N° Immatriculation : 149121161612121

يف الوطنية : 1_1_01_01_01_01_01_01

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

21, Rue Najib Mahfouz, Casablanca

Montant des frais : 2600,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 8

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : M T I R I S A I D

Date de naissance : 10/11/1947

N° CIN: B 45 3 1051

Sexe* : M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres : 2998289556

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des
renseignements portés ci-avant.

Fait à :

Le : 10/11/2011

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه

بـ :

في :

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré

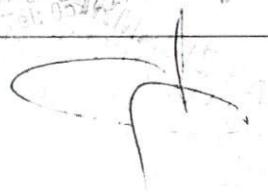
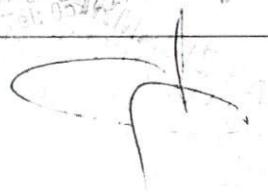
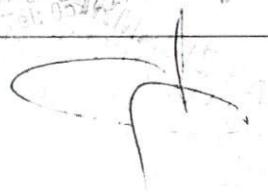
Je déclare les informations ci-dessus
 sincères et véritables.

Fait à :

Le : 22/11/2011

وأنا أتعهد بالاستدلال أو المؤسسة الصحبة
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

23	63			350.00	
122	K25 + K20			120.00	
code à Barres					
 					
code à Barres					
 					
CIM-10					
Paramédicaux					Operations des assistants médicaux
تاريخ الـ s 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
code à Barres					
 					
code à Barres					
 					

02107124		11PSU1 21PS45	1000	Dr. MISSOURY RE CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAROC 38, Bd Bir Anzarane, Salle Etage App. 9 Mauritania, Casablanca Tel 0522 98 64 71 - 0622 23 81 10 Fax 0522 98 74 28																							
INPE et code à Barres 1111111111111111																											
<p>فات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</th> <th>النوع المشفوتر Prix facturé</th> <th>وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22/11/93</td> <td>25,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>02/04/94</td> <td>28,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INPE et code à Barres 1111111111111111</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>INPE et code à Barres 1111111111111111</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature de la prestation</th> <th>Prix Unitaire</th> <th>Quantité</th> <th>Prix Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النوع المشفوتر Prix facturé	وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux	22/11/93	25,00		02/04/94	28,00		INPE et code à Barres 1111111111111111			INPE et code à Barres 1111111111111111			Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total				
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النوع المشفوتر Prix facturé	وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux																									
22/11/93	25,00																										
02/04/94	28,00																										
INPE et code à Barres 1111111111111111																											
INPE et code à Barres 1111111111111111																											
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total																								

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie -Laser -Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التقاسلية

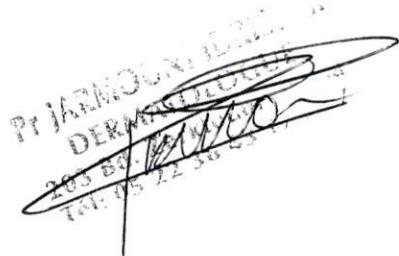
Casablanca, le 2012

Je soussigne certifie avoir perçu la somme

de 120000...pour...~~abonnement~~...d'un

abonnement...souscrite...+ l'option
cautionnée...d'une...2^e...abonnement...
(un
choc)

Chez...M. A. T. I. R. S. A. I. D. R. I. S. I.



Sur Rendez-vous

بالموعد

203، شارع 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-IDRISSI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

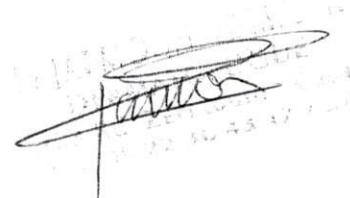
الأستاذ رشيد الجرموني الأدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

Casablanca, le 22/11/23
الدار البيضاء، في

NOTE D'HONORAIRES

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



Sur Rendez-vous

بالموعد

203, شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa
Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa
Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - GSM : 06 76 90 94 56
E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

N^o M T I R

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التنسالية

SSRI M J 1000

الدار البيضاء، في 02.12.3
Casablanca, le 02.12.3

25000 Casablanca

AS 22/11/2013

203 22 36 43 17 /27

06 76 90 94 56

gsm : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Sur Rendez-vous

بالموعد

203، شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa - 4^o étage - Résidence Ben Ham

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

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

الختصاري في الامراض الجلدية و التناصية

م. م. ت. ر. 3. آي. د. م. ت. د. د.

Casablanca, le 22.11.23 الدار البيضاء، في

Coccidin pommade

25,00

2 affreuses x 2,5

PHARMACIE RACIN
11me LEMSEFFI 1^{er} étage
Angle Bd Anfa et Bd Zerktouni
0522 27 23 91 - Casablanca

PT JARMOUNI IDRISI
DERMATOLOGUE
203/2d Zerkouni Casa
05 22 36 43 17 / 27

coccidin pommade
coccidin ointment



6 118000 082989

Sur Rendez-vous

21 جم

بالموعد

203، شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa

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

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

To the 2nd & 3rd. Ave. New

on May 20

Av. 2nd Ave. New

Constitution

~~John H. Johnson~~

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ وشيك الجرموني الأستاذ وشيك

الخصائص في الامراض الجلدية و التناسلية

الدار البيضاء، في ٢٤ ١ ٢٣ Casablanca, le

One ~~single~~

M₂ M₃ M₄ SHD M₅ D₂₆

76 ans, présente un

- in carcinos Dass. elutus
micoedelus et infestant
de cer chardu

(parieto-occipital gyrus)

- un carcinoma stass. ulterior
pans temporal drit
(non biophic)
- un carcinoma epidermodic
verwächst an Schmelz
an Zahne

Sur Rendez-vous

بالموعد

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

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - 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

Montant TTC

1- Biopsie cutanée. 2- Biopsie exérèse.

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 5ème Etage, Appt 9
Maarif Casablanca
Tel: 0522 98 64 71 - 0622 23 81 10
Fax: 0522 98 74 28



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 N° d'examen : 24130201
Date de réponse : 09/01/2024 Nom et Prénom : MTIRI SAID MJIDOU
Sexe : M Médecin traitant : Dr. JARMOUNI
Âge : 76 ans

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'embole 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 RÉDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd Bir Anzarane 5ème Etage. Appt 9
Maârif - 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
مراجع رقم : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Emis à : CASABLANCA
Le : 22/01/2024

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

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

Destinataire

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
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنوان	مهنبو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة 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 remboursement	Taux de remboursement %	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					
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

للزيد من المعلومات :
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف
او الاتصال بالمجيب الإلكتروني على الرقم
او الاتصال بمركز الحصول على الضمان على الأرقام