

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-838270

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12789 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEHAR, OTHMAN 198961
Date de naissance : 29/04/1986
Adresse : Rue ALKARIM, 100 TRAVERS, Apt 12
Hay Moud, Rabat
Tél. : 0648 220364 Total des frais engagés : 2627,2 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 : RABAT Le : 13/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

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	

[illegible]

VOLET ADHERENT

*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

[illegible]

SOINS DENTAIRES

FRANCS

**O.D.F
PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
		25533412		21433552
		00000000		00000000
D		00000000		G
		35533411		11433553
		B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Montant des
Honoraires**

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CCEFFICIENT
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

	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 : 01/03/2024	أصدر ب : بتاريخ :	الصفحة 1 / 1 Page
N° d'immatriculation 122204771 Règlements de la période du : 01/03/2024 : من au : 01/03/2024 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	المرسل إليه Destinataire SENNANI OULFA	

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 استفيدتم 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SENNANI OULFA											
146575163	16/01/2024	PH	PHARMACIES D	580,20	0,00	1,00	11,00	0,00	0,00	01/03/2024	364,14
146575163	16/01/2024	CS	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
146575163	16/01/2024	B	MALADIES LABORATOIRES D METABOLIQUES ANALYSES	1727,50	1716,00	1560,00	1,00	1716,00	70,00	01/03/2024	1201,20
			Total remboursé	مجموع مبلغ التعويض							1670,34
			Total général remboursé	مبلغ التعويض الاجمالي							1670,34

- 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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente Préable

تنفيذ
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-102

Ref: ANAM/2.01-01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) (الها) خاص بالمؤمن له (الها)

Nom et prénom : OULFA SENNANI الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : 11222014777 رقم التسجيل

N° de la carte d'Identité Nationale : B1A742616 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Secteur 3, Lot n° 4, Résidence Idriss, Apt 12, Rue Al Karim - Hay Riad - Rabat العنوان

Montant des frais : 2607,7 Dhs. مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : 4 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Sennani Oulfa الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 11/11/1977 تاريخ الميلاد

N° de la carte d'Identité Nationale : 11222014777 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس*

Identification du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج

N° INP : 11222014777 الرقم الوطني الإستدلالي الممارس

Type de soins نوع العلاجات

Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans	مرض* للأطفال أقل من 12 سنة	Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الطور المغلق:
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة*	Date de grossesse : <u>11/11/1977</u> Date prévue d'accouchement : <u>11/11/1977</u>	تاريخ الحمل: التاريخ المرتقب للولادة:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء*	Date d'hospitalisation : <u>11/11/1977</u>	تاريخ الإستشفاء:
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث*	Date d'accident : <u>11/11/1977</u> Causes : <u>11/11/1977</u>	تاريخ الحادث: أسباب الحادث:

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : Rabat ب :
Le : 11/11/2014 في :
توقيع المؤمن له (الها)
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Rabat ب :
Le : 11/11/2014 في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cache et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

* إختيار الخانة المناسبة

دار المؤمن - ساحة دكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 05 22 54 86 07 فاكس : 05 22 54 86 73 الموقع على الأنترنت : www.cnsa.ma
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 Web: www.cnsa.ma

Description des actes effectués					وصف العمليات المجراة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
16/1/22	CR	CR	3000		

CIM-10

Actes Paramédicales					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
INP : []					
INP : []					
INP : []					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clés Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur cle	المبلغ الموزون Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
18/01/24		B1860		1721,64H	LABORATOIRE LE CLARID Rue Dr. BENARFA HUSSEIN Tél.: 05 37 65 40 55 - 05 37 65 40 08 Fax : 05 37 65 40 55 - 05 37 65 40 08 INP : 103002598 IF : 3334508960
INP : []					
INP : []					
INP : []					
INP : []					

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	
16.1.2024	580,80	Dr. H. Boukhalil Rabat - Tél.: 05 37 65 40 55 - 05 37 65 40 08 INP: 103002598 ICE: 00129218000003	
INP : 103002598			
INP : []			
INP : []			

46/11/24

Dr. Y. ...na DOGMA
Specialists in Endo - Metabolism
Metabolism
19, Rue Armand
Paris 15, France
Tel: 46704104

Pier-Oufo Sennou
Noli Bonorani

Amalbi

Endocaulery

#30004

Dr. Y. ...na DOGMA
Specialists in Endo - Metabolism
Metabolism
19, Rue Armand
Paris 15, France
Tel: 46704104

Dr. Yasmina DOGHMI

Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Diabète, Hypercholestérolémie, Troubles Hormonaux
Troubles de la croissance et de la puberté
Maladies de l'os
Défense en Médecine des Maladies Endocrines et Métaboliques
Cabinet: 19 Rue Ananas, 10100 Rabat



Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques
A.T. 05 37 56 31 57

د. ياسمين الدغمي

مراجعة كلية الطب بالرباط

أخصائية في أمراض الغدد الصم وأمراض الأيض
السكري والسمنة والتعب الاضطرابات الهرمونية
اضطرابات النمو والتغذية
الأطفال والكبار
أخصائية في العناية الدوائية
جامعة الرباط - UEMC

16/11/24

M. Semnani oullo

4 x 60¹¹ ferplex

5 x 60,00

540,00

consuile x 2

3 x 13,40² leukeyna 10

1 p¹¹ leukeyna 10

total des soins

580,80

Dr. Yasmina DOGHMI
Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Métro: 05 37 56 31 57
19 Rue Ananas Immeuble B Appartement B4 Secteur 10 Hay Riad - Rabat

05 37 56 31 57

Yasmina_doghmi1@yahoo.com

19 Rue Ananas immeuble B Appartement B4 secteur 10 Hay Riad-Rabat

Dr. Yasmine DOGHMI

Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Diplômée de l'Université Mohammed VI de Rabat
Diplômée de l'École Nationale Supérieure de la Santé
Diplômée de l'École Nationale Supérieure de la Santé
Diplômée de l'École Nationale Supérieure de la Santé
Diplômée de l'École Nationale Supérieure de la Santé



د. ياسمين الدغمي
أخصائية في أمراض الغدد الصماء والسكري
التفكير والابتكار في الطب
الاعتماد على الخبرة والتجربة
الاعتماد على الخبرة والتجربة
الاعتماد على الخبرة والتجربة
الاعتماد على الخبرة والتجربة

16/1/24

7^{me} Sennam ou lfa

- NFS
- fenihneui
- 270 HURD
- TSHUR
- T4L
- A conli TR
- Glycémie à jeun

Dr. Yasmine DOGHMI
Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques
19. Rue Ananas, Immeuble B, Appartement B4, Secteur 10
Hay Riad - RABAT
INPE : 101204394

☎ 05 37 56 31 57

✉ yasmindaoghmi1@yahoo.com

19 Rue Ananas immeuble B Appartement B4 secteur 10 Hay Riad-Rabat



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LE CLARIDGE

مختبر التحليلات الطبية كلاريدج

Dr. Benarfa Hussein

Biologiste

Diplômé de l'Université de Louvain
Ancien Interne du CHU Saint-Luc Bruxelles

Rabat le mercredi 17 janvier 202 Madame SENNANI OULFA

CNSS

FACTURE N°	104548
------------	--------

Analyses :

Numération formule -----	B	80	
Glycémie -----	B	30	
Ferritine -----	B	250	
25 Hydroxy vitamine D -----	B	450	
Ac Anti - Thyroperoxydase -----	B	300	
Thyreostimuline :TSH ultra sensible -----	B	250	
T4 libre -----	B	200	Total : B 1560

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	1 727,50 DH
---------------	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Sept Cent Vingt Sept Dirhams et Cinquante Centimes

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed BALAFREJ - Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 65 40 08 - 05 37 65 39 97
Fax : 05 37 65 39 97
INP : 103002598
IF : 3334508000

Avenue Ahmed BALAFREJ - Complexe LE CLARIDGE (Prestige Extension) - Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 65 40 08 / 05 37 75 77 39 - Fax: 05 37 65 39 97 / 05 37 65 87 66 - GSM : 06 61 89 78 47 / 06 66 89 67 49
R.C. : 69968 - Patente : 25900708 - CNSS : 2690809 - ICE : 001673334000060 - INP : 103002598
E-mail : claridgelabo@gmail.com - laboclaridge70@gmail.com

Scanne avec CamScanner